Nr. 14. 3. kwietnia 1927. Rok VI.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## PRACE ORYGINALNE.

J. ZAORSKI, J. CZARNECKI, M. PIASECKI i S. TROJANOWSKI. Warszawa.

### Cieniowanie *) woreczka żółciowego.

Któż z lekarzy oddawna nie szukał środka pomocniczego, któryby mu dopomógł do różniczkowania schorzeń, w okolicy prawego podżebrza. Bliskie sąsiedztwo, w jakiem ułożone są tu różne narządy, ich zależność wzajemna, utrudniały a często uniemożliwiały ustalenie właściwego rozpoznania. Nic więc dziwnego, że od dłuższego czasu szukano pilnie dróg, któreby powyższe braki rozpoznawcze uzupełniły.

Wprowadzenie promieni X pozwoliło nam na dokładniejsze określenie chorób żołądka, dwunastnicy, okrężnicy i nerek, chodziło teraz o znalezienie środka, któryby wprowadzony do ustroju, gromadził się w woreczku żółciowym i cieniował go podczas wykonywania zdjęć fotograficznych. Pierwszych prób dokonano z bromkiem sodu, podając go przez usta. Okazało się jednak, że ilość tej soli potrzebna do wywołania wyraźnego cienia woreczka jest dla ustroju trująca. Niechcąc się dalej zagłębiać w historję poszukiwań, podejmowanych w tym kierunku, powiemy, że pierwszemu Grahamowi z St. Louis udało się osiągnąć zamierzony cel; on to polecił wprowadzenie do ustroju fenolftaleiny (która wydziela się z żółcią), z domieszką soli bromowych, następnie jodowych, które posiadając wysoki ciężar atomowy, są odporne na przenikające działanie promieni X i dzięki temu otrzymujemy cień przestrzeni, którą te sole wypełniają.

Ponieważ zastrzykiwanie fenolftaleiny dożylnie napotyka nieraz na trudności, przytem jest więcej kłopotliwe i dla chorego nieprzyjemne, starano się potrzebną ilość tej soli wprowadzać doustnie w postaci kapsułek (Baetener); okazało się jednak, że czasem kapsułki te nie rozpuszczają się, a nawet wtedy kiedy się rozpuszczają cienie, w ten sposób wywołane, nie są dość intensywne [1]). Robiono też usiłowania, by środki kontrastujące wprowadzać za pomocą lewatyw, ale i te sposoby nie dały należytych cieni. Dlatego wrócono do poleceń Grahama wprowadzania tetra-brom- lub jodfenolftaleiny dożylnie. Po pierwszych jednak zastrzyknięciach okazało się, że wprowadzany środek niezupełnie jest obojętny dla ustroju. W początkach spostrzegano powikłania w postaci wstrząsu, wymiotów. Jakkolwiek powikłania te były przemijające, należało jednak znaleźć środek do usunięcia ich, szczególnie, że dłużej trwające wymioty, prócz przykrości dla chorego, powodowały szybsze i gwałtowniejsze opróżnianie pęcherzyka żółciowego i zacieniowanej żółci, co utrudniało uchwycenie jego kształtów podczas fotografji. Poszukiwania i doświadczenia wykryły, że powyższe ujemne objawy zależały od podrażnienia nerwu błędnego. Polecono zatem przed wprowadzeniem tetra-jod-fenolftaleiny zastrzyknąć podskórnie 1 mg. atropiny. To pomogło. Ponieważ normalnie w woreczku żółciowym znajduje się pewna ilość żółci, celowem jest, aby usunąć ją przed zacieniowaniem, ażeby następnie zgromadziła się w woreczku tylko żółć połączona z fenolftaleiną. Oczywiście daje to intensywniejszy cień. W tym celu polecono wprowadzanie do dwunastnicy przed wstrzyknięciem 33% *magnesium sulfuricum* (M e l t z e r z Lyonu) albo Witte — peptonu (S t e p p). Po doświadczeniach jednak Kalka i Schöndubbe, z klin. B e r g m a n a, okazało się, że najlepiej w tym celu działa hipofizyna, wstrzyknięta podskórnie równocześnie z atropiną. Wykazali oni, że w 15—20 minut po wstrzyknięciu cień woreczka normalnego wybitnie się zmniejsza, następnie pierwotna wielkość cienia powraca, ale zacienienie jest daleko słabsze. Świadczy to o opróżnieniu się częściowem woreczka z żółci zabarwionej, co może służyć za podstawę do rozpoznania normalnego lub utrudnionego opróżniania się woreczka. Co do nas, to przy pierwszych fotografjach nie stosowaliśmy hipofizyny. Ten dożylny sposób wprowadzania fenolftaleiny okazał się bezpiecznym, gdyż mimo dużej już dziś liczby przypadków, nie notowano dotychczas żadnych poważnych powikłań, ani przypadku śmiertelnego. Z powikłań wymieniają jeszcze od czasu do czasu wstrząsy lub szybko przemijające wymioty i osłabienie. P r i b r a m m opisuje jeden przypadek pokrzywki i jeden *endophlebitis* bez zaczopowania naczynia.

Należy zaznaczyć, że dla uzyskania pełnych podstaw rozpoznawczych, nie wystarcza jedno zdjęcie fotograficzne. Należałoby zrobić ich więcej, najlepiej tak dużo, by utworzyć seryjny obraz napełniającego się i opróżniającego się woreczka. Niestety ani finanse, ani nasze pomoce roentgenologiczne nie pozwalają na takie przeprowadzenie badań. Ograniczamy się więc do jednej fotografji, chwytając cień woreczka na szczycie jego zacieniowania. W wyjątkowych wątpliwych razach pozwalamy sobie na drugie zdjęcie. To postępowanie wystarcza dla uchwycenia większych zmian chorobowych (kamienie, zamknięcie przewodu woreczkowego i t. d.) nie pozwala jednak spostrzegać wielu innych zmian (zwężenie przewodu żółciowego, powolność lub szybkość w wypełnianiu i opróżnianiu się żółci i t. d.), których obserwacja jest nam potrzebna do sprecyzowania rozpoznania.

Postępowanie nasze oparliśmy na wzorach amerykańskich. Jako środek cieniujący podajemy tetra-jod-fenolftaleinę.

Początkowo używaliśmy preparatu wyrobu francuskiego (Poulenc Frères) zawierającego 45.0% jodu lub wyrobu niemieckiego (Merck) też 45.0%, obecnie jednak przeszliśmy wyłącznie na wyrób polski Spiessa 42.5%, który nas w zupełności pod każdym względem zadawala.

Technika: W przeddzień zastrzyknięcia chory otrzymuje 2 razy na przeczyszczenie. Rano w dniu zastrzyknięcia dostaje lewatywę i pozostaje aż do wykonania fotografji na diecie płynnej. (5 gr. t.-j.-ph. wsypujemy do 45 gr. wody przekroplonej i wygotowujemy bardzo wolno na łaźni wodnej do 40 gr. otrzymując w ten sposób 12.5% roztwór). Między godziną 6—7 wieczorem zastrzykujemy choremu 1 mg. atropiny (można razem z hipofizyną) w 15 minut potem przygotowany roztwór t. j. ph. w 2 równych częściach co 1/2 godziny. (Niemcy wstrzykują całą ilość odrazu). Wstrzykiwać należy bardzo wolno. Chory p o z o s t a j e w ł ó ż k u do 9-tej godziny dnia następnego i o tej godzinie przewozi się go do fotografji. W ten sposób w 14 godzin po wstrzyknięciu wykonywamy zdjęcie [2]). Podczas zdjęcia chory leży brzuchem na kliszy, co ułatwia otrzymanie lepszego cienia. Zdjęcie należy robić przy wzmocnieniu za pomocą zasłony B u c k y' e g o. Niestety, klinika jej nie posiada, dlatego nasze zdjęcia nie są tak efektowne, jakkolwiek do rozpoznania różniczkowego wystarczające.

Należy teraz ocenić na podstawie własnych przypadków, czy cieniowanie woreczka odpowiedziało nadziejom, jakie pokładali w nim twórcy tego sposobu.

Przypadków naszych zebraliśmy w ciągu 4 miesięcy 32, z tego operowanych 22, co dało możność skontrolowania w ten sposób rozpoznań przedoperacyjnych.

W pierwszym rzędzie staraliśmy się wyciągnąć wnioski z uzyskanego na fotografji cienia woreczka. Przedewszystkiem mówił on nam o drożności przewodu woreczkowego, gdyż inaczej nasycona jodem żółć nie mogłaby wypełnić woreczka. Ubytek, lub nierównomierność nasilenia w zacieniowanym woreczku powinna nam wykazać obecność kamieni lub wpływy z sąsiedztwa (zrosty). Przypadków powyższych spostrzegaliśmy 7, z tego 3 były operowane. W 2 rozpoznanie przedoperacyjne zostało potwierdzone, w 1 przypadku znaleziono podczas operacji kamień, którego obecności nie odczytaliśmy z fotografji.

Czasem otrzymujemy cień woreczka, który jednak swym kształtem lub wielkością różni się od normalnego. Są to znaidywane niejednokrotnie podczas zabiegów woreczki cienkie, wydłużone, olbrzymie, jakby rozdęte. S c h m i e d e n i R h o d e pierwsi opisali opadnięte i zastoinowe woreczki. Wobec braku zmian anatomo-patologicznych trudno określić etjologię ich kształtów, wobec jednak dolegliwości klinicznych, mogą one czasem nadawać się do leczenia chirurgicznego. Stany te możemy już przed operacją ściśle określić. Spostrzegaliśmy 4 powyższe przypadki, z tych 3 potwierdzone operacyjnie, 1 nieoperowany. Innym razem normalny cień woreczka jest przesunięty ku górze lub dołowi, ewentualnie ku kręgosłupowi lub na zewnątrz, co jest następstwem uprzednich schorzeń, na których tle powstały zrosty z sąsiedniemi narządami i przemieszczenia woreczka w różnych kierunkach. Podejrzewając

*) Wprowadziliśmy tę nazwę, która naszem zdaniem ujmuje istotę próby i pozwala unikać wyrazu obcego.

[1]) (U nas kapsułki do cieniowania wyrabia firma Spiess, w opakowaniu po 9 sztuk zawierających potrzebną dawkę). Doświadczenie własne z powyższemi kapsułkami zachęca do stosowania tego środka cieniującego.

[2]) O ile podaliśmy kapsułki (Spiessa) należy zdjęcie wykonać już po 6, 8, i 10 godzinach. Po tym czasie cień zaczyna się znowu zmniejszać.

nieraz zrosty z dwunastnicą lub okrężnicą, i chcąc rozpoznanie sprecyzować, podawaliśmy chorym po zacieniowaniu pęcherzyka i tuż przed fotografją papkę barytową doustnie lub w lewatywie. W ten sposób umożliwialiśmy uchwycenie zarysów tych narządów równocześnie z występującym cieniem woreczka. Tak postępując w dwóch przypadkach ustaliliśmy zrosty z dwunastnicą, w jednym zrost z okrężnicą. Z powyższego rodzaju spostrzegaliśmy 5 przypadków, z tych 2 operowane. W obu rozpoznanie przedoperacyjne zgadzało się ze stosunkami znalezionemi podczas zabiegu.

Stosunkowo najłatwiej jest odczytać z fotografji obecność kamieni w woreczku żółciowym. A jednak i tu czasem zachodza pewne trudności, kiedy kamienie są bardzo drobne i jest ich tak dużo, że woreczek jest niemi szczelnie jakby napchany. Wtedy zacieniona żółć nie może w dostatecznej ilości dostać się do woreczka i dać właściwy obraz. Można wtedy czasem nie otrzymać zupełnie cienia, który innym razem może wystąpić wraz z kamieniami, kiedy początkowe rozpulchnienie zapalne przewodu woreczka minie i zacieniona żółć w większej ilości wpłynie do woreczka. Jeden taki przypadek spostrzegaliśmy w klinice. Fotograficznie stwierdzonych kamieni w woreczku spostrzegaliśmy 9 przypadków, z tego 8 operowanych; we wszystkich 8. rozpoznanie nasze zostało potwierdzone operacyjnie.

Były to przypadki, w których woreczek dawał nam cień na zdjęciu. Są jednak dalsze, w których przy typowem schorzeniu dotyczącem woreczka żółciowego nie otrzymujemy cienia. Po wykluczeniu innych schorzeń tej okolicy rozpoznajemy wtedy niedrożność przewodu woreczkowego. Powody do tego mogą być rozmaite, mianowicie: przegięcie przewodu lub jego ucisk, stan zapalny z rozpulchnieniem błony śluzowej przewodu, zwężenia pozapalne bliznowate, zupełne zarośnięcie przewodu, kamień, który utkwił w samym przewodzie, przepełnienie kamieniami woreczka, woreczek bliznowato mały i t. d.. Które z wymienionych przyczyn działają chorobowo w oddzielnych przypadkach musimy rozstrzygnąć na podstawie innych cech klinicznych schorzenia, wynik negatywny poszukiwanego woreczka świadczy tylko o takiej lub innej niedrożności przewodu woreczkowego. Z 6 przypadków tego rodzaju operowaliśmy 5. W tych 4 razy rozpoznanie operacyjne zgadzało się z przedoperacyjnem. W jednym przypadku jednak przypadku gdzie rozpoznaliśmy zamknięcie, przewód był drożny, tylko stan zapalny jego błony śluzowej tak go zwężał, iż żółć z trudnością i bardzo wolno mogła się doń przedostawać. Kiedy po zabiegu jeszcze raz staraliśmy się na fotografji uprzednio robionej wyszukać woreczek, który wobec tego powinien był być zacienionym, znaleźliśmy po dłuższem przyglądaniu się bardzo nikły cień, który uszedł naszej uwagi, i co potwierdziło nasze spostrzeżenie pooperacyjne, przewód był tu tak zwężony, że w normalnym czasie zacieniona żółć nie była w stanie wypełnić pęcherzyka; gdybyśmy byli poczekali i zrobili później w kilkanaście godzin drugie zdjęcie, prawdopodobnie cień bylibyśmy uzyskali.

W jednym przypadku, kiedy niemogliśmy znaleźć żadnej przyczyny bólów, jakie chora odczuwała w prawej połowie jamy brzusznej przeprowadziliśmy cieniowanie woreczka, by wykluczyć to na ostatniem miejscu podejrzewane źródło choroby. Woreczek okazał się normalnym, ale ku naszemu zdumieniu w powłokach brzusznych tkwiły 2 igły, które dawały stwierdzone uprzednio objawy kliniczne. Okazało się, że chora nasza kiedyś prawdopodobnie w napadzie obłędu wbiła sobie te igły, o których sama zapomniała lub do czego przyznać się nie chciała i dopiero fotografja przy cieniowaniu woreczka odkryła nam właściwą przyczynę schorzenia.

Tak więc w 22 przypadków, których rozpoznanie poparto wynikiem operacyjnym, w 20 rozpoznania przed i pooperacyjne zgadzały się z sobą w zupełności.

Brak środków do wykonania zdjęć seryjnych, wytracił nam z rąk możliwość obserwowania stopniowego napełniania się pęcherzyka i zmian, zachodzących w nim pod wpływem pewnych środków farmaceutycznych, na co zwracają uwagę W e s t p h a l (atropina, spazm zwieracza Oddi'ego) K a l k i S c h ö n d u b b e (hipofizyna, skurcz ścian pęcherzyka); inni jednak przeczą temu, by działały tu środki chemiczne i uważają, że ucisk opuszczającej się przepony podczas wdechu (W i n k e l s t e i n) lub wzmożone ciśnienie jamy brzusznej (D e a k i n 1923) wystarcza do normalnego opróżniania woreczka. Nie mogliśmy zatem wyciągnąć podobnych wniosków jak P r i b r a m m, który spostrzegając bardzo zwolnione napełnianie się woreczka rozpoznał na tej podstawie niedomogę czynnościową wątroby, co potwierdziło następnie badanie chemiczne czynności wątroby.

Z powikłań, jakie mieliśmy sposobność spostrzegać podczas zastrzyknięć t. j. ph. należy wymienić 2 razy przemijające wymioty i raz *endophlebitis bez wytworzenia się skrzepu w żyle*.

Reasumując otrzymane wyniki możemy powiedzieć, że cieniowanie pęcherzyka daje nam:

1. Dokładny obraz woreczka żółciowego, z którego możemy odczytać jego: a) kształt normalny, b) chorobowe zmiany kształtów, c) przemieszczenie woreczka, umocowanie go w miejscach nietypowych lub zrosty z pewnemi narządami, d) obecność kamieni, często nawet ich ilość i wielkość, e) nienormalnie zwolnione wypełnianie się woreczka (zwężenie przewodu woreczkowego) lub niedomogę wątroby, f) przypadkowe ciała obce.

2) Brak cienia woreczka da nam podstawy do rozpoznania, że przewód woreczkowy jest zamknięty lub zatkany, w następstwie czego guz wymacywany w tej okolicy możemy rozpoznać, jako odpowiadający temu narządowi.

3. Wszystkie powyższe cechy i zmiany woreczka możemy otrzymać sposobem łatwym, bez niebezpieczeństwa.

4. Rozpoznanie możemy ustalić szybko i wcześnie, co jest bardzo, ważne dla różniczkowania cierpień, i co stanowi według Küttnera i Körte'go pierwszy i najkonieczniejszy warunek badania klinicznego.

5. Jest to ogromny krok naprzód, w klinice wątroby i przewodów żółciowych, który może niezmiernie korzystnie wpłynąć na wczesne operacyjne leczenie cierpień wymienionych narządów.

6. Wreszcie może się zdarzyć, że szukając cienia woreczka znajdziemy na zdjęciu ciała obce, których obecności nie mogliśmy przeczuwać, a chory sam o nich nie wiedział lub nie chciał powiedzieć.

**Piśmiennictwo:**

G r a h a m, C o l e i C o p l e r: Journ. o. t. T. M. A. 1924. — E v a r t s. A. G r a h a m M. D. W a r z e n. H. C o l e, M. D G l o v e r. H. C o p t e r. M. D. St. L o u i s T.: Journ. A. M. A. Vol. 84. Nr. 16. (Cholecystography the use of sodium tetraiodophenolphtalein). — M ä n i s c h, R i e d e r-R o s e n t h a l: Lehrb. d. Roentgenkunde (2) 1924. — B u r g h a r d u. M ü l l e r: D. Z. f. Chir. 162. — W e s t p h a l: Zsch. f. kl. Med. 96. — K ö r t e: D. M. W. 1924. Nr. 26. — K ü t t n e r: M. klin. 1924. Nr. 48. S. 685. — S c h m i e d e n u. R h o d e: Arch. f. kl. Chir. 1921. — P r i b r a m m, G r ü n n e n b e r g, S t r a u s s: D. M. Woch. 1925. Nr. 35. S. 1429. — W. B e a t z n e r. Med. klin. 1926. XXII. Nr. 1. — B. K r y ń s k i i J. P o m p e r w Czasop. Lek. 1926. Nr. 3. str. 115.

---

Mieczysław SZAJNA. Lwów.

## Nefelometryczne oznaczanie cholesterolu we krwi.

Z Zakładu Fizjologji Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Adolf B e c k.

Nefelometrja ma ważne zastosowanie w mikrochemji, z powodu swej prostoty, dokładności i szybkości w wykonaniu obliczeń. Do nefelometrycznego oznaczenia, jak wiadomo, nadają się te substancje, które tworzyć mogą zawiesiny charakteryzujące się tem, że w ciągu przynajmniej 30 minut nie ulegają żadnym zmianom, ich cząstki posiadają równą wielkość, a gęstość zawiesin jest proporcjonalna do ilości zawieszonej substancji.

Bing i Heckscher[1]) podali metodę oznaczania cholesterolu w eterowym wyciągu krwi przy pomocy nefelometru. Autorowie ci wyciągali cholesterol z krwi eterem, w którym rozpuszczają się też ciała tłuszczowe i tłuszczowate. Wobec zaś znacznej ilości tych ciał we krwi, obecność ich w eterowym wyciągu podczas nefelometrycznego oznaczania cholesterolu, jest niepożądaną. Cholesterol krwi przeprowadzają w zawiesinę w ten sposób, że do eterowego wyciągu dodają chlorku barowego, wiadomo zaś, że zawiesiny w roztworach elektroitów są bardzo nietrwałe. Do sporządzenia zawiesiny podstawowej używali kaolinu, porównywanie w nefelometrze dwóch chemicznie różnych substancyj też bywa źródłem błędu.

W doświadczeniach swych przekonałem się, że można wydobyć z krwi cholesterol bez ciał tłuszczowych i tłuszczowatych i przeprowadzić go w zawiesinę bardzo trwałą, niezmieniającą się nawet po miesiącu, a odpowiadającą warunkom, zawiesin nadających się do nefelometrji. Zawiesinę cholesterolu krwi porównuję z zawiesiną cholesterolu czystego, zatem z zawiesiną chemicznie i fizycznie identyczną.

### *Zawiesiny podstawowe.*

0,1 g. cholesterolu wsypuje się do 100 $cm^3$ wyskoku $96^0/_0$, zatyka się kolbkę i umieszcza w cieplocie $50^0$, by przyspieszyć rozpuszczanie się cholesterolu, poczem kolbkę ochładza się w zimnej wodzie. Następnie do jednej probówki wlewa się 0,1 $cm^3$ alkoholowego roztworu cholesterolu (a), do drugiej 0,2 $cm^3$ (b), do trze-

---

[1]) H. J. Bing u. Heckscher: Bioch. Zeitschrift 149, 79, 1924. 158. 395. 1925. G. Blix: Skand. Arch. f. Phys. 46, 121. 1921. Bioch. Zeitschrift 167. 4/6. 1926.

ciej 0,3 $cm^3$ (c), dopełnia wszystkie probówki 96% wyskokiem do 2 $cm^3$, i dodaje się po 10 $cm^3$ wody, dwukrotnie w szkle przekroplonej. Powstają sinawe zawiesiny, których gęstość jest proporcjonalna do ilości cholesterolu. Po zupełnem zmieszaniu się alkoholu z wodą (co sprawdza się wstrząsając co pewien czas próbówki), przystępuje się do porównania i kontrolnego oznaczenia zawiesin podstawowych, w nefelometrze.

Zawiesina w próbówce pierwszej zawiera 0,1 mg. chlesterolu (a).
Zawiesina w próbówce drugiej zawiera 0,2 mg. chlesterolu (b).
Zawiesina w próbówce trzeciej zawiera 0,3 mg. chlesterolu (c).

Porównanie a z b:

| Liczba oznacz. | strona prawa, rozwartość szpary, a | strona lewa, rozwartość szpary, b | strona lewa, rozwartość szpary, a | strona prawa, rozwartość szpary, b |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 30 | 14,9 | 30 | 15,1 |
| 2 | 30 | 15,0 | 30 | 15,0 |
| 3 | 30 | 15,0 | 30 | 15,0 |
| 4 | 30 | 14,9 | 30 | 15,1 |
| 5 | 30 | 15,0 | 30 | 15,0 |
| 6 | 30 | 15,0 | 30 | 15,0 |
| 7 | 30 | 15,0 | 30 | 14,9 |
| 8 | 30 | 15,0 | 30 | 15,0 |
| 9 | 30 | 15,1 | 30 | 15,0 |
| 10 | 30 | 15,1 | 30 | 14,9 |
| **Średnio** | 30 | 15,0 | 30 | 15,0 |

Ze wzoru odwrotnej proporcjonalności wynika, że a:b 15:30, zatem $b = \frac{0,1 \cdot 30}{15} = 0,2$ mg. cholesterolu w próbówce drugiej, czyli zawiesina jest dwa razy gęstsza niż w próbówce pierwszej. Podobnie porównuje się zawiesinę a z c, oraz b z c. Zawiesiny podstawowe należy co pewien czas sprawdzać, a gdy nie zgadzają się do trzeciego miejsca dziesiętnego, sporządzić świeże. Przechowywanie zawiesin nie wymaga specjalnych warunków.

Posługiwanie się zawiesinami podstawowemi o trzech lub więcej stężeniach ma na celu uzyskanie szerszej i dokładniejszej skali przy nefelometrycznem porównywaniu ich z zawiesinami cholosterolu uzyskanego z krwi. Można bowiem przez to uniknąć błędu płynącego z porównywania dwóch zawiesin o zbyt wielkiej różnicy stężenia. Zbyt gęste zawiesiny nie nadają się do nefelometrycznego oznaczenia, gdyż nie można wówczas uchwycić dość ostrej różnicy. Najdokładniejsze wyniki otrzymuje się w granicach 0,1 do 0,3 mg. cholesterolu w 2 $cm^3$ alkoholu i 10 $cm^3$ wody destylowanej. Są to ilości odpowiadające ilościom cholesterolu zawartego normalnie w 0,1 $cm^3$ surowicy, osocza lub krwi całkowitej. Gdyby ilość wyciągniętego cholesterolu okazała się zbyt duża, należy wyciąg zrobić z połowy ilości krwi (zamiast z 0,1 $cm^3$ krwi, z 0,05 $cm^3$).

*Oznaczanie cholesterolu we krwi.*

Do próbówki zawierającej 3 $cm^3$ 2% NaOH wlewa się 0,1 lub 0,05 $cm^3$ krwi, poczem pipetę przemywa się ługiem dwukrotnie. Mieszaninę krwi z ługiem wstrząsa się silnie i przez 30 minut ogrzewa na łaźni wodnej w ciepłocie 80°. Ochładza się w wodzie i wlewa 5 $cm^3$ czystego eteru. Szczelnie zatkaną próbówkę wstrząsa się szybko i silnie przez minutę. Po oddzieleniu się warstwy eterowej, suchą pipetą przenosi się eter do drugiej próbówki. Wyciąganie cholesterolu eterem powtarza się jeszcze dwukrotnie, poczem eterowy roztwór wszystkich trzech wyciągów przemywa się, dolewając wody przekroplonej i szczelnie zatkaną próbówkę wstrząsając przez minutę. Oddzieloną warstwę eteru przenosi się do drugiej próbówki i przemywa się ją w ten sam sposób 0,5% kwasem solnym. Oddzieloną warstwę eteru przenosi się poraz trzeci do świeżej próbówki i znów przemywa wodą przekroploną. Po ukończeniu przemywania odparowuje się eter na łaźni wodnej, pozostałość rozpuszcza w 2 $cm^3$ 96% wyskoku i dodaje 10 $cm^3$ wody w szkle przekroplonej. Po zupełnem zmieszaniu się wyskoku z wodą, porównuje się powstałą zawiesinę cholesterolu krwi z dwoma zawiesinami podstawowemi o najbardziej zbliżonem stężeniu. Oznaczenia w nefelometrze dokonuje się zawsze obustronnie po dziesięć razy. W ten sposób zmniejsza się ewentualny błąd w ocenianiu okiem, które musi się adaptować w czasie do 30 minut, by móc uchwycić minimalne różnice w kierunku „jasny" lub „ciemny". Błąd leży w granicach błędu metody nefelometrycznej.

O ścisłości metody świadczą przytoczone oznaczenia:

W 0,1 $cm^3$ krwi tętniczej psa znaleziono:
0,489 mg. cholesterolu (4,890 g. ‰)
0,490 mg. cholesterolu (4,890 g. ‰)
0,490 mg. cholesterolu (4,890 g. ‰)

Po dodaniu 0,1 mg. cholest. czystego znaleziono:
0,588 mg. (5,88 g. ‰)
0,587 mg. (5,87 g. ‰)

Po dodaniu 0,2 mg. cholesterolu czystego do tej samej krwi, znaleziono:
0,687 mg. cholesterolu (6,87 g. ‰)
0,689 mg. cholesterolu (6,89 g. ‰)

Trzykrotne oznaczenie cholosterolu w 0,1 $cm^3$ surowicy tej samej krwi wykazało:
0,105 mg. cholesterolu (0,105 g. ‰)
0,100 mg. cholesterolu (0,100 g. ‰)
0,104 mg. cholesterolu (0,104 g. ‰)

A po dodaniu 0,1 mg. czystego cholosterolu:
0,203 mg. cholesterolu (0,203 g. ‰)
0,203 mg. cholesterolu (0,203 g. ‰)

Po dodaniu 0,2 mg. czystego cholesterolu 0,302 i 0,304 mg. (0,302 i 0,304 g. ‰).

We krwi królika znaleziono 6 g. w litrze, u człowieka we krwi w całkowitej krwi ludzkiej 4,5 g. w surowicy 1,6 g. w litrze.

Przy pomocy opisanej metody można równocześnie dokonywać oznaczeń większej ilości próbek krwi, dlatego nadaje się ona i do celów klinicznych, gdzie obok ścisłości nie jest bez znaczenia i szybkość wykonania.

---

## WYKŁADY KLINICZNE.

Docent Dr. Józef SZYMANOWICZ. Kraków.

### O wczesnem rozpoznawaniu stanu przedrzucawkowego *).

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Rosner.

Nierozpoznanie stanu przedrzucawkowego jest błędem dość często spotykanym; popełnia go nietylko lekarz-praktyk, lecz i specjalista-położnik, zwłaszcza wtedy, jeżeli objawy stan ten zwiastujące nie wypuklają się zbyt jaskrawo jako cały zespół, lecz ograniczają się tylko do niektórych — może mniej znanych, — lub uważanych, za objawy innego cierpienia.

Wiemy wszyscy — aż nazbyt dobrze — jakie następstwa za sobą pociągnąć może przeoczenie stanu przedrzucawkowego, a zdajemy sobie sprawę i z tego, że rozpoznanie go na czasie i odpowiednie leczenie zapobiega w przeważnej ilości przypadków przed wybuchem rzucawki i ratuje niejednokrotnie chorą od śmierci.

I dlatego to dzisiaj — mimo, że objawy stanu przedrzucawkowego, *(stadium preeclampticum,* czy *eclampsismus* jak go nazywa Bar) przedstawiane były w pracach wybitnych autorów i uwzględniane są dość obszernie w podręcznikach położnictwa — pozwolę sobie Państwu przypomnieć i zaakcentować zwłaszcza te, które w rozpoznaniu tego cierpienia odgrywają zasadniczą rolę, lub też, choć mniej charakterystyczne i stałe, lecz w zespole z innemi występujące, przyczynić się mogą do należytego rozpoznania. Usprawiedliwi moje wystąpienie i ta okoliczność, że w ostatnich czasach, mieliśmy sposobność widywania w klinice położniczej krakowskiej kilka takich przypadków, które z powodu błędnego rozpoznania, zapóźno do nas skierowane, nie dały się już uratować. W tym samym jednak okresie czasu widzieliśmy inne, które dzięki należytemu rozpoznaniu i odpowiedniemu leczeniu, nietylko zostały utrzymane przy życiu, lecz przebyły szczęśliwie koniec ciąży i urodziły zupełnie prawidłowo.

Dla uniknięcia nieporozumienia odpowiem zaraz na wstępie na pytanie: „co właściwie powinniśmy rozumieć przez stan przedrzucawkowy?". Ponieważ określenie nie jest ujednostajnione, przedstawię je tak, jak to w klinice krakowskiej za Barem przyjmujemy. Jestto więc obraz ciężkiego zatrucia ciążowego, charakteryzujący się zespołem objawów, które cechują rzucawkę porodową,

---

*) Według wykładu, wygłoszonego na zjeździe lekarzy w Katowicach dnia 24. VIII. 1926 i w Tow. lek. w Krakowie, dnia 10. XI. 1926.

tylko bez tego ostatecznego, charakterystycznego dla niej objawu, t. j. samych drgawek i towarzyszących im następstw. Zatrucie to dojść może w stanie przedrzucawkowym do tego samego stopnia, co w rzucawce z tą tylko różnicą, że ten czynnik szkodliwy, któryby miał wyzwolić drgawki nie uzyskał jeszcze należytego natężenia, albo wyjątkowo brak go zupełnie, natomiast inna trucizna spowodowała wypuklenie się drugich objawów np. ciśnienia krwi, bólów głowy, a nawet zaburzeń w sensorium i t. p. Jednem słowem niema rzucawki bez okresu przedrzucawkowego, podczas gdy bardzo często mamy sposobność spostrzegania zespołu objawów koniecznych dla stanu przedrzucawkowego, w którym nie przychodzi do wybuchu rzucawki. (Essen, Möller).

Niesłusznem jest dla tego zapatrywanie niektórych autorów, że rzucawka może przyjść „jak grom z jasnego nieba", niespodziewanie. Ona zawsze ma swój stan przedrzucawkowy, który jednak bywa niekiedy zapoznany przez lekarza, lub zlekceważony przez ciężarną, mimo, że trwa często przez całe tygodnie. Trafiają się coprawda i uderzająco krótkie, parę godzin trwające okresy przedrzucawkowe, ale te należą bądź co bądź do zjawisk rzadszych.

Najczęściej objawy te występują w drugiej połowie ciąży, znacznie częściej u pierwiastek, niż wieloródek. Według Nagla na 289 zachorowań przypada 236 pierwiastek, coby odpowiadało naszemu zestawieniu z trzech ostatnich lat, w których obserwacje były jaknajdokładniej prowadzone, a gdzie na 18 zachorowań było 14 pierwiastek. Ciąża bliźniacza, a wedle niektórych autorów i zaśniadowa ma specjalnie usposabiać do tego cierpenia. Objawy zjawiają się niejednokrotnie bardzo podstępnie, wśród pełnego zdrowia. Podają, że rolę odgrywać tu mają podniecenia psychiczne, wysiłki fizyczne, lub grubsze błędy dietetyczne, co jednak szczególnie trudno ocenić wobec faktu, że w rozpoczynającym się eclampsyźmie podniecenie psychiczne oraz zaburzenia w trawieniu mogą należeć do wczesnych objawów choroby. Stan przedrzucawkowy rozpoczyna się w przeważnej ilość przyp. już w ciąży, choćby sama rzucawka wystąpić miała, dopiero w połogu, a uzewnętrznić się może tylko jednym objawem wybitnie górującym przy innych słabiej zaznaczonych. Powtarzanie się choroby przy następnych ciążach i porodach widuje się rzadko, według Seitza przychodzi w 2% przypadków do nawrotów.

Najcharakterystyczniejszemi i stałemi objawami, koniecznemi dla stanu przedrzucawkowego są te, które związane są ze zmianami nerkowemi, pod względem anatomo-patologicznym bardzo różnorodnemi. Że *obecność białka* w moczu, istniejąca już przed zjawieniem się eclampsyzmu, jest jednym z *zasadniczych objawów* tego stanu chorobowego, świadczy o tem i ten fakt, że już przed wiekiem prawie pisali o nim Lewer i Simpson, a Tarnier, Löhlein i Depaul znajdowali go prawie we wszystkich wypadkach rzucawki. W naszej statystyce nie spotykamy tego cierpienia, a nawet stanu przedrzucawkowego, gdzieby nie była zanotowana mniejsza, lub większa ilość białka. Najczęściej dopiero w drugiej połowie ciąży, niejednokrotnie na dłuższy czas przed wystąpieniem objawów eclampsyzmu, znajdujemy u ciężarnych tych białko w moczu jako najważniejszy objaw nefropatji. Ilość jego podlega znacznym wahaniom, od śladów do 40, a nawet 50‰. Zangenmeister obserwował przypadek z 75‰ białka, który się skończył wyleczeniem. U nas najwyższa ilość białka oznaczona *„Essbachem"* wynosiła 28‰. Z ilości białka w moczu nie można jednak rokować, znane są bowiem przypadki z maleńką ilością białka, kończące się śmiercią i naodwrót. Oprócz białka mocz tych chorych zawiera prawie zawsze wałeczki szkliste, nabłonki nerkowe tłuszczowo zmienione, krwinki czerwone i białe, jednem słowem obraz moczu przedstawia się podobnie jak w stanach zapalnych nerek lub nefrozach. Czasami — oprócz dużej ilości białka — żadnych nieprawidłowych składników nie spotykamy. Znamy także przypadki, u których dopiero pod sam koniec ciąży — mimo przestrzegania diety — pojawia się nagle białko w moczu i to w znacznej ilości.

Nie będę odosobnionym w twierdzeniu, jeżeli powiem, że *drugim* może jeszcze ważniejszym od poprzedniego objawem, występującym stale w stanie przedrzucawkowym, to *wzmożone ciśnienie krwi*. Niedawno jeszcze temu, twierdzenie to niewielu miało zwolenników, dziś prawie wszyscy, za autorem szwedzkim Snoo na to się zgadzamy, że *niema stanu przedrzucawkowego bez podniesionego ciśnienia*. Snoo widzi w niem pewny objaw pozwalający wykluczyć stany niby rzucawkowe i twierdzi, że „wszystkie chore, które przysłano do kliniki z rozpoznaniem rzucawki, a nie miały podniesionego ciśnienia krwi chorowały na inną sprawę, nawet gdy miały obrzęki i białkomocz". W klinice krakowskiej już od dawna objaw ten uważaliśmy za bardzo ważny, prawie — że nieomylny dla rozpoznania sprawy i niezmiernie ważną rolę odgrywający w rokowaniu, zwłaszcza wtedy, jeśli podnosi się szybko i zbyt wysoko.

W podejrzanych przypadkach baczną należy zwracać uwagę na amplitudę między ciśnieniem rozkurczowem a skurczowem. Na klinice ginekol. położn. U. J. posługujemy się do mierzenia ciśnienia aparatem Recklinghausena ze skalą wodną; u każdej ciężarnej, rodzącej i położnicy mierzy się ciśnienie kilkakrotnie, a jeżeli dojdzie do 180 cm. jest już uważane za nieprawidłowe. Żadna ciężarna ze wzmożonem ciśnieniem nie zostaje wypuszczona z opieki aż do porodu. Oczywistą jest rzeczą, że nie każde ciśnienie wzmożone uważać będziemy za objaw zatrucia ciążowego: szybkie jednak podnoszenie się go w towarzystwie z innemi objawami, choćby mniej zaznaczonemi, nie powinno być lekceważone i musi być brane za objaw stanu przedrzucawkowego. Przyczyna tego objawu nie została dotychczas wytłumaczona: Chiričí Ambard przyjmują dla jego wytłumaczenia zaburzenie w krążeniu nerkowem. Przypuszczenie Hinselmanna i Linzenmeiera jakoby sprawa ta stała w związku ze zwolnieniem krążenia włosowatych naczyń pod wpływem skurczu tętniczek przedwłosowatych powinno być bardzo ostrożnie oceniane, zwłaszcza po pracy Krogh'a, który stwierdził możliwość daleko idących zmian w krążeniu włosowatem już w prawidłowych stanach. Według Bara podniesienie ciśnienia miałoby być związane z wydzielaniem soli, byłoby więc korzystne w tym sensie, że podniesienie ciśnienia w naczyniach włosowatych kłębków nerkowych ułatwiałoby wydzielanie soli. Na wywód ten nie zgadza się Volhard.

*Nie mniej ważnemi*, choć może nie tak często występującemi *objawami* stanu przedrzucawkowego są *zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego*, a właściwie *bóle*, w okolicy *wątroby i żołądka*. Nasileniem i uczuciem bolesnego opasania przypominają one żywo *„crises gastriques"* chorych na wiąd rdzenia. Objawy te szczególnie podkreślam, bo widywaliśmy je na klinice w dwóch bardzo ciężkich, śmiertelnych przypadkach stanu przedrzucawkowego (bez drgawek) jako wybijające się na czoło całego obrazu chorobowego, a które bardzo łatwo mogły być wzięte za schorzenie nic z zatruciem ciążowem wspólnego nie mające. Przebieg tych dwu przypadków przytoczę poniżej (w streszczeniu) dla tem wyraźniejszego podkreślenia i zwrócenia szczególniejszej uwagi na to, aby przy obecności innych objawów, choćby tylko lekko zaznaczonych, *bóle* w t. zw. dołku podsercowym nie były odnoszone bezkrytycznie do schorzeń przewodu pokarmowego, a co gorsza zupełnie lekceważone, lecz, aby podejrzenie w kierunku groźnego zatrucia ciążowego było brane poważnie w rachubę.

Oba przypadki dotyczą wieloródek, przedtem zawsze zdrowych i rodzących donoszone, dobrze rozwinięte dzieci. Poprzednie ciąże znosiły zupełnie dobrze, bez żadnych zaburzeń. Pierwsza z tych dwu chorych przybyła do kliniki w IX mies. ks. ciąży z tem, że od kilku godzin wymiotuje przy gwałtownym bólu żołądka w dołku podsercowym i bólach głowy. Leczona była w czasie ciąży na serce, moczu ani ciśnienia krwi nie badano. Natychmiastowe badanie w klinice wykazało: bardzo wysokie ciśnienie (380 cm. systole na aparace Recklingh.), dużą ilość białka w moczu wysyconym, oligurję, obrzęki na odnóżach dolnych i wybroczyny na dnie obu oczu przy bardzo zwolnionem tętnie. Na podstawie tych objawów rozpoznaliśmy stan przedrzucawkowy z wylewami krwawemi do mózgu i wątroby. Chora w kilka minut straciła przytomność, a w niespełna godzinę — podczas zabiegu rozwiązującego zmarła. Rozbiór zwłok potwierdził najdokładniej nasze rozpoznanie, znaleziono zmiany w nerkach i wątrobie typowe dla rzucawki, a oprócz tego duże ogniska krwotoczne w mózgu, rdzeniu przedłużonym i wątrobie.

Analogiczny, lecz szybciej jeszcze postępujący przypadek mieliśmy sposobność widzieć przed kilku miesiącami. Także wieloródka, w X. mies. ks. zgłosiła się z prośbą o przyjęcie do kliniki. Nigdy nie chorowała, rodziła prawidłowo dzieci zdrowe. W obecnej ciąży czuła się osłabioną i była w leczeniu lekarza, który jednak nie badał moczu i ciśnienia. Badanie wykazuje mierną ilość białka w moczu, ciśnienie 230 cm (systole Rkl.). obrzęków brak. Zalecono dietę bezbiałkową i, o ile możności, leżenie w łóżku. W pół godziny po badaniu i opuszczeniu kliniki chora zgłasza się ponownie z gwałtownym bólem w okolicy podżebrza prawego i wymiotami. Przez chwilę mieliśmy wrażenie, że rozchodzić się tu może o ostrą sprawę przewodu pokarmowego *(cholelithiasis, ulcus ventric. perf., appendicitis)* zwłaszcza, że cały brzuch był bardzo wzdęty i na dotyk niezmiernie bolesny. Wkrótce jednak, skoro wystąpiły bóle głowy i podniosło się ciśnienie do 280 cm. Rkl. przy tętnie stale bardzo wolnem, a stanie ogólnym coraz gorszym mogliśmy postawić właściwe rozpoznanie. Dno oka nie mogło być zbadane, gdyż chora zmarła przed przyjściem okulisty. Badanie pośmiertne i tutaj potwierdziło rozpoznanie kliniczne; znaleziono w nerkach i wątrobie charakterystyczne zmiany dla rzucawki, a oprócz tego wylewy krwawe do miąższu wątroby i na dno komory czwartej.

Ten gwłatowny ból w podżebrzu, spostrzegany u naszych chorych jest objawem dość późnym, a odnieść go należy do ostro rozwijających się zmian w wątrobie, rozpychających jej torebkę, przedewszystkiem do wybroczyn w jej miąższu.

Osobna wzmianka należy się *wymiotom*. Zaliczyć je trzeba do objawów szczególnie częstych i niestety, nie rzadko co do ich znaczenia zapoznawanych. Sama ciężarna, jak i jej otoczenie uważa je najczęściej za objaw błędu dietetycznego w ostatnim czasie popełnionego, lub też mało znaczącego schorzenia przewodu pokarmowego, co niejednokrotnie i wezwany lekarz potwierdza. Jeżeli zaś wymioty wystąpią już w czasie porodu — zwłaszcza w I. okresie — to cóż bliższego, jak połączyć je w związek przyczynowy z otwieraniem się ujścia szyjki macicznej przy postępującym porodzie?! Tymczasem są one — oprócz bólu głowy i zaburzeń wzroku — *najważniejszym objawem podmiotowym* zbliżającej się rzucawki. Niewątpliwie wymioty te są pochodzenia mózgowego, a wyjątkowo, jeżeli zjawiają się w ostatniej chwili, możnaby je uważać jako wyraz podrażnienia błony śluzowej żołądka przez wybroczyny.

*Dalszym objawem* należącym do tego zespołu tak charakterystycznego dla stanu przedrzucawkowego *to obrzęki*, które bardzo często towarzyszą ciąży, zresztą zupełnie prawidłowej, a niepokoić nas powinny wtedy, jeżeli gwałtownie się wzmagają i występują w towarzystwie białkomoczu, skąpego oddawania moczu i wzmożonego ciśnienia. Nie mogę tutaj wdawać się w teoretyczne rozpatrywanie przyczyn powstawania obrzęków, wspomnę tylko, że przeważna ilość autorów, z Volhardem na czele, uważa pochodzenie ich za pozanerkowe i powstawanie obrzęków stawia w zależności od hydraemji ciążowej i od zaburzeń w chemji kolloidalnej tkanek i uszkodzenia naczyń włosowatych. Zangenmeister zaś i wielu innych odnoszą je do zatrzymania chlorku w organiźmie, a dowodem na to zapatrywanie miało być znikanie obrzęków niejednokrotnie już przy diecie mało słonej, lub bezsolnej. To znikanie, lub zmniejszanie się obrzęków pod wpływem diety nie jest w okresie przedrzucawkowym, a nawet wcześniej w nefropatji, bynajmniej stałem. W ostatnich czasach zajmowaliśmy się dokładnie chorą, u której obrzęki wcale się nie zmniejszały mimo leżenia, diety i środków moczopędnych, znikły natomiast szybko po porodzie. Czy odgrywała tu rolę zmiana w ścianach naczyniek pod wpływem zatrucia ciążowego, czy zaburzenia wewnętrznowydzielnicze, głównie tyczące się tarczycy, jak utrzymuje Beck z kliniki Czyżewicza, tego nie mogliśmy rozstrzygnąć.

Jakkolwiek sprawa ta się przedstawia, dla nas ważnem jest posuwanie się obrzęku z odnóży dolnych na górne części ciała (Heynemann) i uporczywe utrzymywanie się, lub zwiększanie go mimo odpowiedniej diety i ułożenia ciężarnej w łóżku.

Bardzo *ważnym*, lecz z różnem nasileniem i w różnym czasie występującym objawem jest *ból głowy*. Rzadko tylko brak go zupełny, lub zjawia się dopiero wtedy, gdy wszelki ratunek nie może już przynieść pomocy (drugi przez nas podany przypadek). Trzeba go uważać za zwiastuna mózgowych zaburzeń (obrzęk, przekrwienie lub niedokrwienie). Umiejscowienie bólów głowy nie zawsze jest to samo: najczęściej zajmują one przednią część głowy, a niejednokrotnie mają mieć charakter migreny (Zweifel). Wiadomą jest rzeczą, że nie wszystkie bóle głowy spotykane w ciąży są objawem niepokojącym, od zatrucia ciążowego zależnym. Jeżeli jednak zjawiają się pod koniec ciąży, w towarzystwie innych objawów, nie należy ich lekceważyć, a przy podniesieniu ciśnienia i zaburzeniach wzrokowych uważać za objaw stanu przedrzucawkowego.

Należy teraz słów kilka wspomnieć o *zmianach* ze strony *narządu wzrokowego;* występować one mogą w różnej postaci i jeżeli istnieją, należą do bardzo cennych objawów rozpoznawczych. Najczęściej zjawiają się jako *retinitis albuminurica*, a nie dają się częstokroć odróżnić od formy, spotykanej przy zapaleniu nerek; czasem chodzi w tych przypadkach o wybroczyny. Innym razem zaburzenia wzrokowe są *mózgowego* pochodzenia bez jakichkolwiek zmian na siatkówce. W tych przypadkach objawy dochodzą aż do zupełnej ślepoty, która może się tak szybko pojawić, jak również szybko zniknąć nie pozostawiając po sobie śladów. Podmiotowo skarżą się chore te dość często na *błyskotanie*. Badania, prowadzone w kierunku zmian wzrokowych w toksykozach ciążowych na klinice położniczej krakowskiej, rzucą prawdopodobnie nieco światła na tą sprawę i będą w swoim czasie ogłoszone.

*Zmniejszanie* się dobowej *ilości moczu (oligurja)*, jakkolwiek nie stałe, bo znamy przypadki, gdzie go wogóle niema, uważać należy za objaw zbliżającego się okresu przedrzucawkowego, zwłaszcza, jeżeli ilość moczu nagle się zmniejsza, a inne objawy jak białkomocz, wzmożone ciśnienie i bóle głowy stale się utrzymują. Zupełnego bezmoczu (anurji) przez dłuższy czas trwającego w cierpieniu tem nie spotyka się. Zawsze — choć kilka kropel moczu — można cewnikiem uzyskać (Hinselmann).

Podnoszone w ostatnich czasach zmiany w *krążeniu naczyń włosowatych*, jako objaw charakterystyczny dla okresu przedrzucawkowego nie odpowiedziały, jak dotychczas, pokładanym w nich nadziejom. Jakto — między innemi — spostrzeżenia kliniki krakowskiej stwierdzają, *zwolnienie przybrzeżnego krążenia w naczyniach włosowatych*, występujące wskutek skurczu i zamknięcia światła w prekapilarach, *rzeczywiście w stanach przedrzucawkowych się zjawia, lecz bardzo nie stale*, a przeciwnie bywa dość często spostrzegane w innych cierpieniach nie mających z zatruciem ciążowem nic wspólnego.

Zdawałoby się z zestawienia tych objawów, że rozpoznanie stanu przedrzucawkowego jest łatwem. Tak jednak nie jest. Szereg najczęstszych objawów przedrzucawkowych może *występować w moczniсy*, lub bezpośrednio przed jej wybuchem. I tak białkomocz, oligurja, wzmożone ciśnienie, bóle głowy, wymioty i zaburzenia wzrokowe zjawić się mogą w tem samem zgrupowaniu i w mocznicy. Doraźnie rozstrzygnąć o co chodzi, o zbliżającą się rzucawkę, czy o prawdziwą mocznicę, niekiedy wprost nie można. W rozstrzygnięciu tego pytania mogą nam do pewnego stopnia pomóc wywiady, zwłaszcza wtedy, jeżeli się rozchodzi o osobę inteligentną, dobrze się obserwującą. Zwrócić należy uwagę na przebyte choroby zakaźne, jak zapalenie gardła, grypa, płonica i t. p., ściślejsze jednak badanie i obserwacja kliniczna mogą w przeważnej ilości przypadków ustalić rozpoznanie. Na tle tych trudności rozpoznawczych nabiera dopiero prawdziwej wartości objaw, o którym wyżej mówiłem, tj. ból w okolicy wątroby i dołka podsercowego. Jest on niestety późnym i rzadkim, ale on jeden wskazuje bezpośrednio na proces anatomo-patologiczny w wątrobie, rozgrywający się w zatruciu ciążowem, a nie w mocznicy prawdziwej. Badanie dna oka, którego wyniki do niedawna jeszcze uważane były za pewne w jednym lub drugim stanie, dzisiaj nie mogą być brane poważnie w rachubę przy różniczkowaniu między jednem a drugiem cierpieniem, odkąd wiemy, że mogą występować i być takie same, lub brakować mogą przy obu tych cierpieniach.

W specjalnie zawiłych przypadkach nie należy zaniedbać czynnościowego badania nerek. Oznaczenie *reszty azotowej we krwi* (ostatnio kwestjonowanej przez Eufingera i Badera) może ułatwić, a niejednokrotnie rozstrzygnąć rozpoznanie. Spotykamy się jednak z choremi, u których — mimo najdokładniejszego badania, jakoteż najskrupulatniejszej obserwacji klinicznej — nie jesteśmy w stanie w czasie ciąży powiedzieć, czy objawy są wynikiem już przed ciążą istniejącego zapalenia nerek, czy tylko nefropatji ciężarnych. *Połóg* dopiero *rozstrzyga* naszą niepewność i to już w pierwszych dniach, a niekiedy i godzinach. Ileż to razy widujemy, że olbrzymia ilość białka w moczu ze wszystkiemi składnikami morfotycznemi stwierdzona bezpośrednio przed porodem, znika w pierwszych godzinach połogu. Rozpoznanie ustala się wówczas, że ma się do czynienia z nerką ciężarnych, a przy innych obecnych objawach, ze stanem przedrzucawkowym, ponieważ niemożliwą byłoby rzeczą do pomyślenia, aby nerka, oddawna zapalnie chora, w kilka godzin zupełnie wyleczyć się mogła.

Do ścisłego rozpoznania jednak już wczasie ciąży wszystkiemi możliwemi środkami dążyć powinniśmy, zwłaszcza w takich przypadkach, które — mimo zastosowania leczenia — nie poprawiają się, a chora wymaga zapewnienia czy ciążę bez szkody dla zdrowia może dalej nosić, czy też należy ją przerwać, lub, jeżeli ciężarna domaga się utrzymania ciąży, na co przy *nephropathia gravidarum* zezwolić można, (nie ryzykując zbytecznie przy należytej obserwacji i leczeniu) podczas gdy przy *nephritis* — w przeważnej ilości przypadków — nie będziemy się mogli zgodzić.

Dla lepszego zrozumienia tych zawiłych spraw, nie od rzeczy może będzie, mimo, że mówię tylko o objawach klinicznych, jeżeli w kilku choć słowach wspomnę i o *stanie anatomicznym nerek* przy *nephropathia gravidarum*, względnie, przy obecności dalszych objawów, przy stanie przedrzucawkowym i samej rzucawce. Mimo dość szerokich badań, niedostateczne jeszcze mamy wiadomości o zmianach anatomo-patologicznych w nerkach w tych stanach chorobowych. Przyczyny tego szukać należy najprawdopodobniej w braku odpowiedniego materjału sekcyjnego. W każdym razie tyle zdaje się *być pewnem, że zmiany te w nerkach nie są zmianami zapalnemi, lecz degeneracyjnemi*, usadawiającemi się przedewszystkiem w nabłonkach kanalików krętych, jakkolwiek i kłębki, zwłaszcza ich naczynia włosowate, ulegają dość poważnym zmianom. (Fahr).

Bar i Schmorl znajdowali we wszystkich przypadkach sekcji zmarłych z powodu ciężkich toksykoz ciążowych, zmiany patologiczne w nerkach. Makroskopowo nerki te przedstawiają

rozmaity wygląd: rzadko spotkać można dwa przypadki do siebie podobne; zwykle są to nerki większe i cięższe, lecz i prawidłowych rozmiarów nie są wykluczone. Zmiany anatomiczne w nerkach nie stoją w żadnym stosunku do ciężkości przypadku pod względem klinicznym. Pokazało się bowiem (B a r), że w nerkach zmarłych z powodu stanu przedrzucawkowego lub rzucawki samej, tylko w 16.66% wszystkich przypadków zmiany były bardzo ciężkie, w 37.50% mierne, a w pozostałych ledwo zaznaczone.

Przebiegając raz jeszcze naszkicowane powyżej objawy stanu przedrzucawkowego i rozważając je każdy z osobna, przyjść musimy do przekonania, że *pojedynczo* je biorąc, nie *trudno przeoczyć* właściwą sprawę chorobową. Jeżeli jednak uprzytomnimy sobie *cały obraz chorobowy* i będziemy pamiętać, że objawy stanu przedrzucawkowego zjawiać się mogą także w rozmaitych ugrupowaniach, w których na pierwszy plan wysuwa się raz ten, drugi raz inny objaw, przyczem *nigdy nie brak wzmożonego ciśnienia krwi*, i jeżeli uwzględnimy przytem *podmiotowe* skargi ciężarnych, zwłaszcza w kierunku zmęczenia, wyczerpania i bezsenności to — wprawdzie niekiedy, jak to już wyżej zaznaczyłem — nie zdołamy z całą stanowczością rozstrzygnąć w kierunku grożącej mocznicy czy rzucawki, lecz z a w s z e będziemy mogli na czas ostrzec chore przed grożącem im niebezpieczeństwem. Praktycznie rzecz biorąc, będzie to w przeważnej ilości przypadków obojętne, bo te same środki lecznicze będą miały na celu chronić przed rzucawką i mocznicą. Trudniejszą będzie tylko sprawa z rokowaniem.

Kończąc, pragnę zwrócić uwagę na te proste środki zapobiegawcze, któremi znaczną ilość chorych uchronimy przed wystąpieniem właściwej rzucawki lub przed groźnemi powikłaniami samego stanu przedrzucawkowego. Po stwierdzeniu tego schorzenia, (*nie zaniedbać mierzenia ciśnienia krwi*) trzeba ułożyć natychmiast ciężarną do łóżka, zalecić spokój fizyczny i umysłowy, podać odpowiednią dietę, a w razie wzmagającego się ciśnienia krwi upuścić, nawet kilkakrotnie, około 300 $cm^3$ krwi, nie przekraczając ogółem 1000 $cm^3$. Jeżeli jednak mimo tych środków, objawy się nie cofają, a przeciwnie stan chorej pogarsza się, należy przystąpić do jaknajłagodniejszego rozwiązania.

---

## SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Emil APFELBAUM. Warszawa.

### Przypadek ostrej białaczki.

Z II. kliniki chorób wewnętrznych Dyr. Prof. Dra G l u z i ń s k i e g o.

Problemat etiologji i patogenezy białaczki ostrej, mimo dokładnych badań i ścisłych danych statystycznych, do chwili obecnej nie został rozstrzygnięty. Jakkolwiek wynik sporu przechyla się wyraźnie w kierunku podłoża zakaźnego na niekorzyść samoistnego nowotworowego bujania tkanek krwiotwórczych, to jednak cały szereg czynników dodatkowych, o których będzie wspomniane niżej, a w szczególności udział gruczołów dokrewnych w patologicznych zmianach krwi sprowadza zagadnienie powyższe na nieco odmienne tory.

Niżej opisany przypadek, ze względu na niewspółmierność pomiędzy przebiegiem klinicznym, a obrazem hematologicznym oraz na odchylenia konstytucyjne ustroju chorej, związane z przebiegiem schorzenia, stanowić może pewien przyczynek do nauki o ostrej białaczce.

I. R., z zawodu krawcowa, w wieku lat 25, przybyła do kliniki dnia 24-go kwietnia r. b.. Dziedzicznie nieobciążona, niezamężna. Poprzednio nie chorowała. Obecne dolegliwości rozpoczęły się przed 6-ma tygodniami stale trwającemi bólami w karku, do których od dwóch tygodni przyłączyły się bóle prawej strony szyi. Wystąpił ból oraz ropienie dolnego dziąsła. Po prawej stronie szyi w okolicy podszczękowej spostrzegła chora stale powiększający się pakiet gruczołów. Od 2-ch tygodni stale wysoko gorączkuje. Miewa częste dreszcze, poci się. Z dniem każdym słabnie coraz więcej. Wymiotowała kilkarotnie, łaknienie złe, stolce zaparte. Mocz oddaje prawidłowo. Miesiączkowała stale nieregularnie, okresy miesiączkowe często przyspieszone.

Badanie kliniczne: stan lekkiego zamroczenia umysłowego, połączonego z wyraźną depresją. Budowa prawidłowa. Ciepłota 39'8° C. Tętno przyspieszone, równe, średnio wypełnione. Zwraca uwagę bladość skóry. Nieliczne podbiegnięcia krwawe na skórze kończyn górnych i dolnych. *Foetor ex ore*. Dziąsło dolne w rozpadzie, pokryte obfitą cuchnącą zieloną wydzieliną. Zgorzel drąży w jamie ustnej w kierunku migdałka prawego, który jest również zajęty. Język obrzękły wysuwa chora z trudnością, jest silnie obłożony. Gruczoły podszczękowe oraz szyjne po stronie prawej uwypuklają się w postaci dużego guza, zniekształcającego szyję. Przy obmacywaniu — pakiet twardych bolesnych gruczołów, niektóre wielkości orzecha włoskiego, przesuwalność skóry nad niemi prawidłowa; natomiast po stronie lewej szyi gruczoły b. nieznacznie powiększone.

Gruczoły pachowe, pachwinowe również nieznacznie powiększone. Płuca bez zmian, w sercu podmuch skurczowy nad koniuszkiem, tony dość głuche, serce nieznacznie powiększone we wszystkich wymiarach. Wątroba macalna — 4 palce poniżej łuku żebrowego, tkliwa. Śledziona również macalna, bolesna, niezbyt powiększona. Narząd wzroku: wybroczyna na spojówce prawej. Dno oka — granice tarczy zatarte, w kilku miejscach widoczne wybroczyny płomykowate barwy czekoladowej (Docent Melanowski).

W moczu białko w ilości 2,3‰. W osadzie liczne krwinki i ciałka białe oraz pojedyncze wałeczki szkliste. W stolcu krwi niema. Mocznik w surowicy wzmożony znacznie — 130 mg.%. Dobowa ilość kwasu moczowego przy diecie bezbiałkowej bardzo wielka — 6,8 gr. Odczyn Bordet-Wassermanna — ujemny. Posiew krwi na buljonie i agarze dał wyniki ujemne. Sedymentacja krwinek gwałtownie przyspieszona — 55 (Plaut). Wydzielina z dziąseł: strzępy tkanek; drobnowidzowo: liczne gronkowce i paciorkowce, nieliczne krętki, dużo bakteryj zgorzelinowych.

Powyższy obraz kliniczny nasuwał przypuszczenia cięższej choroby zakaźnej, mającej za punkt wyjścia jamę ustną (*Septicopyaemia, Angina* Plaut-Vincenti). Badanie hematologiczne jednak wykazało, co następuje:

14. IV.: Ilość krwinek — 1,450,000. Hgb. (Sahli) — 29. Wskaźnik — 1. Ilość białych ciałek — *151.000*, z tych: myeloblastów — 25%, promyelocytów — 12%, myelocytów — 18,5%, metamyelocytów — 3,5%, obojętnochłonnych — 19%, kwasochłonnych — 1,5%, limfocytów — 17%, monocytów — 3,5%. (Barwienie 1) May Grünwald-Giemsa, 2) Triacidem-Ehrlicha). Prócz tego pojedyńcze komórki rederowskie (duże wielokształtne jądro, dość obfita bezziarnista zasadochłonna zaródź) oraz bardzo rzadkie ciałka Ferraty (hemohistioblasty — ładne ziarenka azurowe w jasnoniebieskiej zarodzi). Pozatem widoczne cechy ciężkiej niedokrwistości, a więc pojedyńcze erytroblasty, liczne poikilo — i mikrocyty, polichromatofile.

Przebieg choroby w okresie od 14. IV. do 20. IV.: Ciepłota stale wysoka o torze nieregularnym. Wzmagający się z dnia na dzień spadek sił. Zgorzel dziąsła drąży coraz więcej w głąb jamy ustnej, migdałek prawy oraz prawa strona gardła pokryte brudnozielonym nalotem. Gruczoły okolicy podszczękowej prawej stale zwiększają się. Wystąpiła stała duszność, którą sobie tłumaczyliśmy uciskiem zwiekszających się po prawej stronie szyi gruczołów na tchawicę. Dwukrotnie w odstępach dwu-trzydniowych wykonane badanie krwi wykazało zmiany nast.:

| | 17/IV | 19/IV |
|---|---|---|
| **Ilość krwinek** | 1, 170, 000 | 840, 000 |
| Hgb. | 27 | 27 |
| **Wskaźnik** | 1, 2 | 1, 6 |
| **Ilość białych ciałek** | 165, 000 | 159, 000 |
| **Myeloblastów** | 28% | 37% |
| **Promyelocytów** | 11, 5% | 14% |
| **Myelocytów** | 18% | 12, 5% |
| **Metamyelocytów** | 2, 5% | — |
| **Obojętnochłonnych** | 16% | 16% |
| **Kwasochłonnych** | — | 1, 5% |
| **Zasadochłonnych** | 2, 5% | — |
| **Limfocytów** | 16, 5% | 19% |
| **Monocytów** | 5% | — |
| **Płytek Bizozzera** | 265, 000 | |

Dnia 24-go chora zmarła wśród objawów wzmagającej się duszności oraz zapadu sercowego. Rozpoznanie nasze brzmiało: Białaczka ostra szpikowa.

Badanie zwłok (Dr. Siedlecka) wykazało: Zgorzelinowe zapalenie prawej strony jamy ustnej oraz gruczołów szyjnych. Pozatem nieznaczne powiększenie gruczołów chłonnych w innych miejscach, w śródpiersiu przedniem gruczoły połączone w pakiety dochodzą do wielkości orzecha laskowego. Śledziona dwukrotnie większa niż normalnie. *Grasica obecna w postaci dużego zrazikowatego tworu*. Szpik kości ropiasty o odcieniu brudnoczerwonym. Punkcikowate wybroczyny na skórze, opłucnej i osierdziu. Stłuszczenie mięśnia sercowego i nerek. Wybitna niedokrwistość wszystkich organów.

Badanie histopatologiczne: W skrawkach z w ą t r o b y — dookoła przewodów żółciowych i rozgałęzień żyły bramnej skupienia białych ciałek krwi o dość obfitej obojętnochłonnej czasem sła-

bo kwasochłonnej zarodzi. Niektóre jądra okrągłe, niektóre kształtu nieprawidłowego z dość wyraźną siecią chromatynową. W skrawkach z nerki takież same skupienia komórkowe w częściach podkorowych. W skrawkach ze śledziony budowa była całkowicie zatarta. Mieszki chłonne bardzo drobne. Miazga czerwona przeładowana komórkami o charakterze wyżej opisanym. W szpiku kostnym — komórki bardzo liczne, jednak komórek tłuszczowych niewiele. Są one porozsuwane licznemi skupieniami komórek szpiku. Gruczoły chłonne o utkaniu zachowanem, cech atypowych brak.

Jak widać z powyższego przypadku zwracają na siebie uwagę nast. szczegóły: Szybko postępujące zgorzelinowe zapalenie prawej strony jamy ustnej, stałe wzrastające bujanie gruczołów po tej stronie, obok nieznacznego powiększenia tychże w innych miejscach ustroju, stosunkowo nieznaczne powiększenie śledziony, obecność dużej grasicy, a nadto ten szczegół, że w przypadku tak ostro przebiegającym w obrazie krwi nie stwierdziliśmy odpowiedniej do tego przebiegu ilości komórek młodych, a przeważały komórki dojrzalsze.

Wyżej zaznaczony *status thymo-lymphaticus* mógł mieć duży wpływ zarówno na powstanie jak i na przebieg choroby, zgodnie bowiem z badaniami Hanschela w białaczce ostrej szpikowej organizm nigdy nie jest zdolny do silnego odczynu miejscowego i powiększenie gruczołów szyjnych z tego powodu nie może być wielkie. Obecność grasicy świadcząca o wyżej wspomnianem odchyleniu w budowie ustroju mieć może w danym przypadku jeszcze inne równie ważne znaczenie jako gruczoł dokrewny, dziś już bowiem nie ulega wątpliwości, że cały aparat hormonalny ustroju wywiera decydujący wpływ regulacyjny zarówno w warunkach fizjologicznych jak i patologicznych na utrzymanie w równowadze całego systemu krwiotwórczego (Hirszfeld, Zondek, Unferricht, Bertelli, Schweiger, Falta i wielu innych).

W ostatniej pracy Zondek i Kehler, badając wpływ różnych hormonów na obraz krwi w rozmaitych schorzeniach, poczynili b. ciekawe spostrzeżenie. Po podaniu jednego grama grasicy w przypadku wola stwierdzili znaczne zwiększenie ilości ciałek białych oraz przesunięcie obrazu krwi w kierunku wielojądrzastych. Zachodzi więc przypuszczenie, czy w przypadku opisanym obok ilościowego wpływu na ciałka białe grasica nie miała również wpływu na jej skład jakościowy w przesunięciu obrazu krwi w kierunku form dojrzalszych rzędu leukocytarnego, coby nam dało możność wytłumaczenia tak wielkiej ilości myelocytów i neutrofilów w obrazie klinicznym o tak ostrym przebiegu, że raczej należałoby się spodziewać większej ilości form znacznie młodszych t. j. myeloblastów. Jak widać bowiem z tablicy znaleziono we krwi małą względnie ilość myeloblastów (25%—37%) obok dużej stosunkowo ilości ciałek bardziej dojrzałych (promyelocyty 12—14%, myelocyty 18—12%, neutrofile 19—16%), co się w ostrych białaczkach rzadko spotyka. Względnie duża ilość limfocytów (17—19%) zależeć może również od wyżej wzmiankowanego przypuszczenia o limfatycznej budowie ustroju, o czem w ostatnich czasach wzmiankowali Neusser, Herz, Bartel i inni. Brak myelogennego bujania w gruczołach chłonnych oraz ogólne nieznaczne powiększenie gruczołów chłonnych całego ustroju, pomimo wyrażonego tu poglądu o konstytucji limfatycznej chorej wytłumaczyć sobie musimy stwierdzonym już dziś antagonizmem walczących ze sobą obydwóch układów, myelogennego i limfatycznego i osiągnięciem przewagi przez pierwszy z tych układów ze względu na myelogenną postać białaczki, ten więc czynnik mógł stać na przeszkodzie nadmiernemu rozrostowi gruczołów limfatycznych całego ustroju. Ciekawe spostrzeżenia Naegellego i Zieglera w dziedzinie korrelacji obu tych układów mogłyby potwierdzać powyższe przypuszczenia.

Ziegler uważa istnienie owej równowagi za pewnik na podstawie szeregu doświadczeń roentgenologicznych, przy pomocy których osłabiał jeden z układów dając przewagę drugiemu. Naegeli, wypowiadając pogląd, że białaczkę ostrą wywołują zaburzenia w tej korelacji, przypisuje jednocześnie gruczołom dokrewnym jedną z ról kierowniczych. Zachodzi w danym przypadku jednak i inna możliwość. Duża ilość form leukocytarnych dojrzalszych może budzić podejrzenie, czy przypadkiem białaczka nie zaczęła się podostro i czy ciężkie szybko rozwijające się zgorzelinowe zapalenie jamy ustnej w ciągu ostatnich dwóch tygodni nie przyspieszyło zejścia; za temby w części przemawiało stałe aczkolwiek nieznaczne zwiększenie się myeloblastów w ciągu ostatniego tygodnia choroby, jako oznaka nagłego podrażnienia i następowej wzmożonej metaplazji systemu myelogennego (Naegeli, Pappenheim, Türk, Sternberg). Z przypuszczeniem powyższem wiąże się od dłuższego czasu już obszernie rozważana sprawa zakaźnego pochodzenia białaczki ostrej, wypierająca coraz więcej nowotworową koncepcję Banti'ego i Riebberta. Sternberg dla poparcia swych przypuszczeń przytacza trzy przypadki zakażenia paciorkowcowego, które miało wywołać to schorzenie. Millardowi, Girodowi, Holstowi i Zieglerowi udało się nawet wyhodować ze krwi chorych na ostrą białaczkę różne postacie gronkowców i łańcuszkowców, choć spotkali się oni z zarzutem Naegele'go i Herxheimera, że przecież mogło to być zakażenie wtórne. Frenkiel, Jochman, Cytron uważają, że istnieje nieznany dotychczas w patogenezie białaczki ostrej zarazek. Decastello, Catsaras, Hintersberger, Frenkiel, Grawitz i inni widzą właśnie w procesach zgorzelinowych jamy ustnej punkt wyjścia dla tego schorzenia, czemuby również mógł odpowiadać przebieg kliniczny omawianego przypadku.

Czynnik konstytucyjny grał tu niezawodnie ważną rolę, o czem była mowa wyżej. Już w 1911 roku wypowiedział Hertz przypuszczenie, oparte na statystyce, że u osobników ze *status thymo-lymphaticus* białaczkę ostrą mogą łatwo wywoływać zakażenia. Później w podobny sposób ujmowali tę sprawę Domarus, Pribram i Stein, Wiczkowski. Również ciekawe i znane doświadczenia Ellermana i Banga oraz Hirszfelda i Jakobi'ego z przeszczepianiem krwi białaczkowych na zwierzęta (kury), u których udało się badaczom tym wywołać białaczkę stanowić by mogło pewne poparcie teorji zakaźnej.

Ujmując powyższy przypadek jako ostre wzg. podostre schorzenie całego systemu myelogennego przy wyraźnym współudziale systemu limfatycznego, o czem była mowa wyżej, opieraliśmy się w pierwszym rzędzie na wynikach badań hematologicznych, kwalifikując ciałka młode o zarodzi mniej lub więcej ziarnistej jako pro- względnie myelocyty, a więc komórki rzędu myelogennego.

Oczywiście, że kwalifikując ciałka na podstawie dwusystemowej, tem samem zaliczaliśmy duże komórki „limphoidocytarne" Papenheima, stanowiące stały temat nierozstrzygniętej dyskusji pomiędzy szkołami unitarystów (Papenheim, Weidenreich i in.), a dualistów (Ehrlich, Naegeli, Türk i inni), wreszcie trialistów (Schilling, Aschof, Kiyono) do rzędu myeloblastów. Wykonana przez nas reakcja oksydazy makroskopowa wypadła jednak ujemnie. Syntezy indofenolowej Winklera i Schulcego niestety ze względów technicznych wykonać nie mogliśmy. Reakcja ta (polegająca, jak wiadomo na istnieniu w komórkach rzędu myelogennego zaczynu, posiadającego zdolność wyzwalania tlenu w formie czynnej i wiązania go), stanowiąca ważny czynnik w dyskusji nad patogenezą białaczki, często jednak zawodzi. Ujemny lub częściowo ujemny wynik tej reakcji w białaczkach myelogennych otrzymali Dimmel, Dunn, Hirszfeld i inni. Wreszcie Jagic traktuje częsty zanik reakcji oksydazy jako oznakę zwyrodnienia komórek. Ujemny przeto wynik tej reakcji, wykonanej zresztą tylko makroskopowo o niczem nie świadczy.

Zostawiając na uboczu zbyt obszerny, a więc nienadający się tu do omówienia temat filo- i ontogenetycznego pochodzenia białych ciałek krwi, podciągnęliśmy, jak wyżej zaznaczono, przypadek powyższy pod rubrykę dualistycznego systemu krwiotwórczego, kierując się względami na wzajemne samodzielne ustosunkowanie się obu tych systemów w przebiegu schorzenia.

---

Dr. Antoni FALKIEWICZ. Lwów.

## O Digifolinie „Ciba".

Z II ej Kliniki chor. wewn. Uniw. J. K. we Lwowie
Dyr. Prof. Dr R. Rencki.

Z pośród wszystkich leków nasercowych naparstnica jako najlepszy ma najszersze zastosowanie. W tych zaś przypadkach, w których z jej pomocą nie można osiągnąć pożądanego skutku i inne często zawodzą.

Mimo ciągłego doskonalenia, leczenie naparstnicą przedstawia niekiedy znaczne trudności i braki, których powody są różne. Uwzględnić należy przedewszystkiem różnicę w działaniu u różnych ludzi, co jest właściwością naparstnicy. U jednych nawet po długotrwałem podawaniu leku nie można stwierdzić ani poprawy ze strony narzadu krążenia ani działania ubocznego, u innych znowu po podaniu pewnej ilości, równocześnie z poprawą akcji serca występują objawy żołądkowo-jelitowe, jak nudności, wymioty, biegunki, zmuszające do zaprzestania dalszego podawania. W pewnych wreszcie przypadkach działanie drażniące na przewód pokarmowy zjawia się bardzo wcześnie, niekiedy już po kilku pierwszych dawkach, zanim okaże się poprawa stanu serca. Jedną z przyczyn owego drażniącego działania naparstnicy jest (pomijając rzadkie zresztą przypadki idjosynkrazji) obecność w liściach jej ciał takich, jak n. p.

saponiny, które powodują drażnienie, prędzej u osób starszych, alkoholików, palaczy, zwłaszcza zaś u chorych z przewlekłą niedomogą, bo u tych natrafiają na znaczną czułość błony śluzowej żołądka i jelit, spowodowaną długotrwałym zastojem i utrudnioną resorbcją.

Dawkowanie mimo mianowania liści często jest niedokładne. Siła działania preparatu zależy od miejsca i czasu zbioru liści, dobrego wysuszenia ich, oraz przechowywania zrobionego zaraz po wysuszeniu proszku. Do przechowywania najlepiej nadają się szczelne szklane słoje. Działanie proszku nieodpowiednio przygotowanego lub przechowywanego w przeciągu roku staje się znacznie słabsze. — (Focke).

Napar już w 3 godziny po sporządzeniu go zaczyna tracić na sile działania wskutek rozkładu digitaleiny pod wpływem fermentacji. Wysokość tej straty w ciągu 24 godzin wynosi około 50% (Fraenkel, Grönberg). Dlatego fabryki farmaceutyczne dążą ciągle do sporządzenia takich preparatów, któreby przy zachowaniu pełnego działania naparstnicy, trwałości, wygodnem i pewnem dawkowaniu, wolne były od ujemnych stron i niewygód stosowania proszku czy naparu.

Digifolina „Ciba" (wytwór Towarzystwa przem. chem. w Bazylei — filja w Pabjanicach) zawiera według deklaracji fabryki wszystkie czynne substancje naparstnicy w ich stosunku fizjologicznym t. j. takim, w jakim się one znajdują w liściach, wolna jest natomiast od saponin, soli potasowych i barwików roślinnych. W handlu znajduje się od r. 1912.

Liczne badania farmakologiczne (C. Hartung, Focke, Lehnerd, Loeb, Meyer), wykazały, że preparat ten posiada pełne działanie naparstnicy: zawiera 57% digitaliny i digitaleiny, a digitoksyny więcej od szeregu pokrewnych przetworów (Meyr, Kiliani).

Na klinice tut. stosowano digifolinę celem wypróbowania od października u. r. w 30 przypadkach. Byli to przeważnie chorzy leżący na klinice z ciężką niedomogą serca na tle bądźto wady, bądźto degeneracji mięśnia pochodzenia miażdżycowego lub kiłowego, *myocarditis* przewlekłej — także w 2 przypadkach duru brzusznego.

Podawano zależnie od stanu chorego 3—5 razy po 28 kropli, lub 3—5 pastylek dziennie (28 kropli = 1 pastylka, a to odpowiada 0,1 *pulv. fol. digit. titr);* tylko u 2 chorych pod postacią wstrzykiwań domięśniowych, przestrzegając ściśle innych wskazówek leczenia (spokojne leżenie, mało płynna dieta i t. d.).

W większości przypadków w 2—4 dni od rozpoczęcia leczenia dawał się zauważyć skutek, a maksimum działania zwykle 6—9 dnia. Tętno poprawiało się tak co do ilości uderzeń, jak i napięcia; równocześnie cofały się objawy zastoju: sinica, duszność i kaszel. Ilość dobowa moczu stopniowo wzrastała, a najwyższą diurezę (bez podawania środków moczopędnych) obserwowano 7—9 dnia. Obrzęki znikały, waga ciała malała. Zwracano też uwagę na samopoczucie chorych, wielu z nich już w pierwszych dniach leczenia podawało zmniejszenie dolegliwości.

Wszyscy chorzy znosili preparat dobrze, bez objawów dyspeptycznych mimo, że kilkarotnie używano dużych dawek, (do 7 pastylek dziennie), względnie podawano preparat przez długi okres czasu. W kilku przypadkach bardzo znacznych obrzęków podawano równocześnie diuretynę lub salyrgan, rozpoczynając wstrzykiwania tego ostatniego w kilka dni po rozpoczęciu leczenia digifoliną, gdy wystąpiły pierwsze oznaki poprawy stanu serca i diurezy. W 2 przypadkach stosowano digifolinę pod postacią wstrzykiwań domięśniowych (z powodu uporczywych wymiotów po innych środkach) z zupełnie dobrym wynikiem. Wstrzykiwania były niebolesne, nacieków nie powodowały.

Dla przykładu przytoczę krótki opis przebiegu 3 przypadków leczonych digifoliną.

1) D. M. lat 38, rolnik, przyjęty 7. XII. 1926 z rozpoznaniem: akromegalja, *emphysema, pulm. maj. grad. bronchitis chron. diff. insufficientia musculi cordis, venostasis organorum.* Serce we wszystkich kierunkach powiększone, tony głuche. Tętno 120, małe, silna duszność nawet w spoczynku, sinica, wątroba 2 palce niżej łuku, nieznaczny obrzęk kończyn dolnych, ilość dobowa moczu około 500 ccm. Podano 3 razy dziennie po 28 kropli digifoliny. Od 5 dnia ilość moczu wynosiła około 1000 lub ponad 1000 ccm, a 9-go dnia 2200 ccm (bez środków moczopędnych), tętno 88—92, obrzęk stóp znikł zupełnie, duszność tylko po dłuższem chodzeniu. 30. XII. opuścił klinikę.

2) M. D. lat 58, kowal, przyjęty 17. I. 1927 z rozpoznaniem: *emphysema pulm. maj. grad, bronchitis chron. diff. Myodegeneratio et insufficientia m. cordis, venostasis organorum.* Tętno 100, słabo napięte, znacznego stopnia sinica i duszność, utrzymująca się w czasie leżenia przez kilka pierwszych dni. Serce w całości duże o powiększonej komorze lewej, tony głuche, mało oddzielone. Parcie krwi 100 mm Hg. Wątroba 2 palce niżej łuku. Podano naprzód 5, a po wystąpieniu poprawy 3 pastylki dziennie. Po 10 dniach tętno 72—80 dobrze napięte, parcie 130 mm Hg, tony serca znacznie czystsze, dobrze oddzielone, duszność ustąpiła. Od 6-go dnia wstrzykiwano co 5 dni salyrgan. W dniach wolnych od injekcji z początku diureza około 500 ccm, później 1000—1300 ccm. 12. II. opuścił klinikę.

3) K. S. lat 30, ciężarna w 6-ym miesiącu. Przyjęta 9. XII. ub. r. W wywiadach kilkakrotne zapalenie płuc. Od kilku dni bicie serca, znacznego stopnia duszność. Stan obecny: wymiary serca na lewo i prawo powiększone. Akcja serca 150—160 uderzeń na minutę, zupełnie niemiarowa, chwilami grupy uderzeń o charakterze salw, trudno się dosłuchać jakiegoś szmeru. Tętno 140—150 na min., nieregularnie niemiarowe, miękkie. Znaczna duszność, sinica. Wątroba 2 palce niżej łuku. Ślad obrzęku koło kostek. Rozpoznano drżenie przedsionków (niemiarowość zupełną). Podano przez kilka pierwszych dni 3 razy po 20, potem 5 razy po 20 kropli Digifoliny. Od czwartego dnia tętno zaczęło stopniowo spadać, a ósmego wynosiło 86 uderzeń na minutę, na którym to poziomie utrzymywało się do końca pobytu chorej w klinice. Duszność ustąpiła. W drugim tygodniu wątroba zmniejszyła się do łuku. Niemiarowość pozostała do końca.

Na podstawie naszych spostrzeżeń klinicznych stwierdzić możemy, że Digifolina jest dobrym przetworem naparstnicy, odpowiadającym w zupełności wymaganiom jej stawianym. Ponieważ zaś nie powoduje niepożądanych objawów ubocznych ze strony przewodu pokarmowego — co w zupełności potwierdziły nasze spostrzeżenia, podawanie jej wydaje się szczególnie korzystnem w przypadkach wymagających długotrwałego stosowania naparstnicy. Wreszcie możliwość aplikowania w drodze wstrzykiwań — obok dokładnego dawkowania i trwałości — stanowi wielką zaletę tego środka.

---

Doc. Dr. Tadeusz PISARSKI. Kraków.

## O niezwykłym typie krwawienia pęcherzowego.

Jednym z najpospolitszych a zarazem najważniejszych objawów schorzeń narządu moczowego jest krwiomocz. Jest on równocześnie najpospolitszym objawem, który skłania chorego do szukania porady lekarskiej. Nierzadko stwierdza się, że nawet bardzo dokuczliwe objawy podmiotowe jak bóle, jak częstotliwe parcie na mocz, jak utrudnione moczenie, znoszą chorzy długie lata z podziwienia godną cierpliwością i beztroską, krwiomocz jednak jest pierwszym objawem podmiotowym, który na umyśle chorego wywiera zawsze duże wrażenie i który nawet najbardziej optymistycznie usposobionemu człowiekowi mówi, że podstawą jego musi być poważniejsza choroba.

Skomplikowana budowa narządu moczowego, różne fizjologiczne znaczenie jego pojedyńczych odcinków dla wytwarzania i wydalania moczu, dalej stosunek narządu moczowego do narządów sąsiednich i możliwość bardzo licznych i różnych schorzeń tych wszystkich narządów są powodem, że tak umiejscowienie, jak i przyczyna krwawienia z dróg moczowych, jest przy cierpieniach objętych zakresem urologji niewątpliwie większa, aniżeli w innych działach medycyny. Jest ona również powodem, że stwierdzenie krwawiącego odcinka, czyli lokalizacja krwawienia a także i rozpoznanie choroby, która powoduje krwawienie, należy nieraz do bardzo trudnych zadań.

Krwawienia z różnych odcinków narządu moczowego posiadają jednak zwykle swój odrębny typ, który pozwala bardzo często jeszcze przed badaniem przedmiotowem oznaczyć miejsce krwawienia, a niejednokrotnie także rozpoznać z dużem prawdopodobieństwem i przyczynę krwawienia.

Pomijając przyczyny, czyli poszczególne choroby, które typowi krwawienia mogą nadawać znamienne cechy, zależnym jest jego charakter przedewszystkiem od umiejscowienia; najogólniejszą zaś z cech, zależnych od umiejscowienia jest ta, że przy moczeniu, czy też występuje na jaw w ujściu cewki niezależnie od aktu oddawania moczu, podczas gdy krew pochodząca z pęcherza, moczowodów lub nerek stanowi zawsze domieszkę do moczu.

Jeżeli chodzi o krwawienie pęcherzowe lub cewkowe, to cechą różniczkową pomiędzy krwawieniem pęcherzowem a cewkowem będzie w pierwszym rzędzie ten szczegół, czy krew pojawia się jako domieszka do moczu i towarzyszy różnym okresom aktu moczenia, czy też występuje najaw w ujściu cewki niezależnie od oddawania moczu. Krwawienia pęcherzowe występują w dwojakiej postaci: albo cała porcja oddanego moczu zawiera krew w mniejszej lub większej ilości, co się przytrafia przy zranieniach błony śluzowej, ostrych stanach zapalnych, różnych owrzodzeniach, ciałach obcych i kamieniach, albo też pierwsza porcja oddanego moczu nie zawiera krwi, a krew pojawia się dopiero pod koniec moczenia, jako t. zw. krwawienie końcowe, *haematuria terminalis,* co znowu jest cechą charakterystyczną dla stanów zapal-

nych szyjki pęcherza lub także innych spraw w tej okolicy usadowionych. Krwawienia cewkowe charakteryzują się tem, że tylko pierwsza część moczu jest krwawo zabarwiona; jeżeli jednak przyczyna krwawienia umiejscowiona jest w części błoniastej lub gruczołowej, czyli w tylnej części cewki, to może krew spływać w całości do pęcherza i mocz będzie wówczas w całości krwawy. Jeżeli przyczyna krwawienia umiejscowiona jest w części błoniastej lub jamistej, to krew może się pojawiać w pierwszej porcji oddanego moczu lub też wydobywać się z cewki niezależnie od oddawania moczu.

Spostrzegany przezemnie przypadek jest z tego względu uwagi godnym, że typ krwawienia był niezwykły. Krwawienie to posiadało cechy krwawienia cewkowego, podczas gdy umiejscowienie choroby dotyczyło pęcherza, a tylko dzięki wyjątkowemu ukształtowaniu się szypuły brodawczaka występowało krwawienie o typie cewkowym.

J. J. 1. 57. Karczmarz. Dz. zgł. 26. II. 1924.

Wywiady: dawniej nigdy ciężej nie chorował, wiewióra ani kiły nie przebywał. Urazu jakiegoś nigdy nie doznał, czuje się wogóle silny i niema żadnych podmiotowych dolegliwości. Zgłasza się z powodu krwawienia z cewki. Po raz pierwszy zauważył krew przed 2 laty; stwierdził wówczas, że z zewnętrznego ujścia cewki wydobywała się czysta krew; krwawienie to trwało krótko; potem przez rok nie zauważył krwawienia; obecnie od roku pojawia się znowu krew w nieregularnych odstępach czasu; niekiedy daje się zauważyć krew po oddaniu moczu, mocz jednak krwi nie zawiera, lecz pojawia sie ona u ujścia cewki po pewnej chwili od skończenia oddawania moczu, częściej atoli zauważa chory ślady krwi na bieliźnie w przerwach pomiędzy jednem a drugiem oddawaniem moczu. Obecnie nie krwawi.

Stan obecny: budowa i odżywienie dobre; w narządach wewnętrznych zmian niema.

Mocz jest przeźroczysty, kwaśny, zawiera ślad białka a w osadzie prawidłowe składniki.

Pęcherz na dotyk niebolesny, nerki niebadalne, badanie przez odbytnicę stwierdza gruczoł krokowy prawidłowych rozmiarów. Ujście cewki prawidłowe.

Cystoskopja: wypełnienie pęcherza 150 cm³. Błona śluzowa wszystkich okolic pęcherza jasno-żółto-różowa, połyskująca, naczynia tętnicze o wyraźnych obrysach. Ujścia obu moczowodów prawidłowe. Na dnie pęcherza, w odległości 2 cm od ujścia prawego moczowodu i ku górze widać twór kosmkowaty, wielkości małego orzecha laskowego, różowy, osadzony na niezwykle długiej szypule; długość tej szypuły wynosi około 5 cm a grubość 3 mm. Przy wstrząsaniu płynu w pęcherzu porusza się ów kosmkowaty guz swobodnie na swej długiej szypule, przyczem widać także ruch pojedyńczych kosmków. Szypuła jest stale zagięta w kierunku wewnętrznego ujścia cewki.

Rozpoznanie: *papilloma vesicae.*

Leczenie: 5. III. 1924, w miejscowem znieczuleniu 1°/₀ roztworem eukainy odpalono brodawczaka pętlą galwanokaustyczną w cystoskopie operacyjnym.

Przez 3 następne dni znaczne krwawienie.

Badanie mikroskopowe odpalonego guza stwierdziło: *papilloma villosum.*

Dnia 12. III 1924 odjeżdża chory do domu; niema żadnych dolegliwości a mocz nie zawiera krwi.

W roku 1925, dnia 24. II., zjawił się chory znowu i podał, że od dwóch miesięcy znowu pojawia się krew z cewki w tym samym typie co poprzedniego roku.

Cystoskopja stwierdziła, że na końcu owej długiej szypuły znajduje się znowu parę kosmkowatych wyrośli, a całość robiła wrażenie podłużnego pędzla na długim trzonie.

Dnia 26. II 1925 odpalono w cystoskopie operacyjnym brodawczaka, chwytając pętlą galwanokaustyczną szypułę blisko jej podstawy.

Przez parę dni nieznaczne krwawienie. Po dwóch tygodniach odjechał chory bez dolegliwości i bez krwi w moczu. Cystoskopja stwierdziła mały, obrzękły kikut w miejscu przyczepienia szypuły.

Paradoksalny objaw krwawienia cewkowego przy schorzeniu umiejscowionem w pęcherzu daje się w tym przypadku wytłumaczyć więzgnięciem brodawczaka w obrębie tylnej części cewki. Działo się to zawsze przy opróżnianiu pęcherza z moczu, którego prąd porywał brodawczaka i wtłaczał do cewki a możliwe to było dzięki bardzo długiej i wiotkiej szypule, na jakiej był usadowiony. Ponieważ krew wypływała swobodnie z zewnętrznego ujścia cewki, niezależnie od oddawania moczu, należy przypuszczać, że brodawczak dostając się do cewki, dosięgał swoim szczytem części błoniastej a zwieracz cewki kurcząc się obciskał go i powodował pękanie delikatnych naczyń krwionośnych w kosmkach.

---

Dr. Leon WANDER. Kraków.

## Zapalenie nerwu wzrokowego w przebiegu laktacji.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. Dr. Artwiński.

Schorzenia nerwu wzrokowego w przebiegu laktacji są bardzo rzadkie. Niektórzy autorowie (L. Heine) kwestjonują związek przyczynowy schorzeń nerwów wzrokowych z procesem laktacji.

Ze względu na rzadkość tych przypadków oraz wątpliwości kliniczne, jakie nasuwają się przy tłumaczeniu schorzeń nerwów wzrokowych uważamy, że dalsze przyczynki mogą mieć pewną wartość dla rozwiązania tego zagadnienia. — Dlatego też ogłaszamy przypadek, który mieliśmy możność postrzegać na naszym oddziale.

9. III. 1926 przyjęto chorą Marje K., lat 24. Przed wojną przebyła grypę, poczem miała być zawsze zupełnie zdrową. Rodziła dwukrotnie, porody miały być prawidłowe, dzieci są zdrowe. Nie roniła. Obecnie karmi 3 miesiące.

Choroba zaczęła się na tydzień przed przyjęciem do szpitala niedowidzeniem, a w przeciągu tygodnia wzrok się tak szybko pogorszył, że na oddział zgłosiła się ze skargami na zupełną ślepotę na oku prawem, a na lewem rozróżniała jedynie palce z odległości 1 metra. Wymiotów, nudności, bolów i zawrotów głowy nie miewa, jedynie w 3 i 4 dniu choroby odczuwała silne bóle i zawroty głowy.

Przedmiotowo stwierdzono bolesność opukową kości czołowych, nierówność źrenic z bardzo leniwym odczynem na światło i osłabienie odczynów kalorycznych ze strony nn. przedsionkowych.

Badanie okulistyczne wykazało: „Tarcza zastoinowa obustronna, ale komplikowana, bo Vp = 0, a Vl = palce do 1 m.".

Pozatem badanie układu nerowego i organów wewnętrznych zmian nie wykazuje. Mocz bez białka i cukru. Ciepłota prawidłowa. Wassermann z surowicy krwi i płynu mózgo - rdzen. ujemny. Ciśnienie płynu nie było wzmożone. Brak odczynu N. Apelta i brak pleocytozy (2 i ¹/₃ c. b.). Krzywa benzoesowa prawidłowa. Riva Rocci 105. Zmian charakterystycznych dla anemji w krwi nie stwierdzono. Jamy nosa i gardła bez zmian (prof. Dr. Baurowicz).

Streszczając stwierdzamy, że badanie naszej chorej nie wykazało żadnych zmian chorobowych poza schorzeniem nerwów wzrokowych i osłabieniem odczynów przedsionkowych.

Dziecko od piersi przed przyjściem do szpitala chora odstawiła.

U nas była leczona z początku wstrzykaniami rtęci i jodem, a potem w przerwach przechodziła też leczenie napotne (kocc. salicyl, pilokarpina). W ostatnich dniach w szpitalu pobierała też przetwory ciałka żółtego.

Już po paru dniach wzrok poprawił się, chora zaczęła rozróżniać palce okiem prawem. Badanie okulistyczne z d. 7 grudnia 1926: „Obrzęk tarczy jedynie w śladach, żyły siatkówkowe jeszcze nieco pokręcone, visus już 5/6. Skotomów brak. pole widzenia prawidłowe.

Badanie systemu przedsionkowego w dniu odejścia chorej z oddziału t. j. 16. XII. 1926 wykazuje stosunki prawidłowe.

Ze względu na to, że odpadają wszelkie inne możliwe przyczyny, jak zatrucia exogenne, dalej *myelitis, sclerosis disseminata, tumor cerebri* (zbyt szybki przebieg i niestosunek znalezionych objawów do upadku wzroku) wydaje nam się najprawdopodobniejszem rozpoznanie *„Neuritis n. optici e lactione"*. W każdym razie zupełnie wykluczyć stwardnienia rozsianego nie możemy i dlatego chora będzie musiała za jakiś czas zgłosić się do ponownego badania. Jest to jednak zastrzeżenie o znaczeniu prawie że teoretycznem [1]).

Rozpoznanie nasze zyskuje jeszcze silniejszą podstawę, jeśli uwzględnimy wynik badania n. przedsionkowych. Osłabienie bowiem odczynów kalorycznych przy równoczesnem schorzeniu n. wzrokowego nie mogło być wywołane ani sprawą chorobową toczącą się ewentualnie w jamach twarzy, ani też guzem mózgu (niewspółmierność zmian na dnie oczu z osłabieniem odczynów cieplikowych, jako jedynym objawem ogniskowym przypuszczalnego guza mózgu).

Piśmiennictwo z tego zakresu zresztą bardzo szczupłe [2])

---

[1]) Inaczej było n. p. u Mellinghoffa (patrz piśmiennictwo), którego chorą uważamy za przypadek *sclerosis disseminata* ze swemi wzmożonymi i nierównymi odruchami kolanowymi, brakiem górnych odruchów brzusznych, ze zbaczaniem języka i następowem zbladnięciem skroniowem tarcz. Jest to dowodem, jak ostrożnym należy być w tłomaczeniu tego rodzaju przypadków.

[2]) Groenouw do r. 1904 naliczył tylko 15 bezspornych przypadków po największej części kobiet 30 letnich, w ciągu 3 miesiąca laktacji.

podaje przypadki schorzenia n. ocznego tylko w postaci *neuritis n. optici i neuritis retrobulbaris*. Rozpoznanie dane nam z oddziału okulistycznego szpitala św. Łazarza nie wyklucza też istnienia *neuritis n. optici* połączonego z obrzękiem tarczy. Ze względu na to, że prawie wszyscy zgodnie podkreślają iż *neuritis optica* może się łączyć bardzo często ze silnym obrzękiem tarczy, doprowadzając do wyraźnego obrazu tarczy zastoinowej a przedewszystkiem, że niema tarczy zastoinowej bez wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego, możemy stwierdzić, że obraz wziernikowy u naszej chorej pokrywa się z obrazem notowanym w literaturze.

Dla stwierdzanej często *neuritis retrobulbaris* w naszym przypadku brak uzasadnienia.

Mechanizm powstawania tej sprawy chorobowej tłómaczą ostatnio możliwością występowania w ustroju samozatrucia przy uwzględnieniu osłabienia i wycieńczenia organizmu ciąża i uzależniając to od wzmożonej przemiany białkowej przy wybitnym wpływie gruczołów dokrewnych. Nie inaczej zresztą jak wpływami toksycznymi tłumaczymy sobie dziś zapalenie n. wzrokowego w przebiegu mocznicy, cukrzycy, niedokrewności a z chorób zakaźnych: duru, ostrego zapalenia rdzenia a nawet stwardnienia rozsianego.

Mam wrażenie, że nasze leczenie rtęcią i napotne przyspieszyło wyleczenie, gdyż nie wszystkie przypadki kończą się pomyślnie. Stwierdzono bowiem jako następstwa zapalenia w czasie laktacji zanik nerwów wzrokowych. Samego odstawienia dziecka od piersi można uważać za czynnik leczniczy, gdyż proces laktacji odbywa się jeszcze przez pewien czas.

**Piśmiennictwo:**

1. Die Krankh. des Auges im Zusammenhang mit der inneren Medizin u. Kinderheilkunde, L. Heine, Springer 1921. — 2. Augenh. u. Allgemeinleiden, Kollner, Springer 1920. — 3. Die Bezieh. des Sehorgans u. seiner Erkrankungen zu den ubrigen Krankheiten des Korpers, Max. Knies, Bergmann Wiesbaden 1893. — 4. Die Erkr. d. Auges im Zusammenh. mit anderen Kranheiten, Wien 1905. Hölder. — 5. Graefe — Saemisch. Handb. der ges. Augenheilkunde, 1904 Bd. XI, Abt. I., A. Bezieh. der allgemeinleiden u. Organerkr. zu Veränd. des Sehorganes. — 6. Beitrag zur Klinik der sog. Laktationsneuritis, Dr. E. Horay. w kl. Monatsblätter f. Aug. 1923 B. 71. — 7. Mellinghoff — Doppels n., opt. während der Lakt, Kl. M. 1922 Bd. 68. — 8. Ruttin, Ohrbefunde bei retrobulb. Neuritis. Verh. der ausserord. Tag. d. opht. Gesell. Wien 1921, wdt. Zbl. 29. — 9. Kritische Beitr. zu den jungsten Theor. über die Entst. der Staungspapille. Liebrecht. — 10. Hippel, Graefe — Saemisch. Handb. der ges. Augenheilk. VII Band. II Teil.

---

## PORADNIK JĘZYKOWY.

Szanowny Panie Redaktorze!

„Dr. Lewicki zaprasza kolegów, aby zechcieli się wypowiedzieć, jak zastąpić słowo „kuracjusz", utarte w zdrojowiskach, słowem polskiem. Otóż, rzecz sama naprasza się do rozwiązania, albowiem jeśli „Kurhaus" po polsku nazywa się „domem zdrojowym", a „Kurtaksa" — „opłatą zdrojową", to „Kurgast" będzie nie „kuracjusz", a „gość zdrojowy".

Z poważaniem
*Dr. A. Sianowski.*

---

## OCENY.

Dr. K. W. J o t t e n: *Die Auskunfts und Fürsorgestelle für Lungenkranke, wie sie ist und wie sie sein soll.* Verl. Jul. Springer Berlin 1926. Wyd. II. rozszerzone. Str. 129.

Z inicjatywy Püttera powstała w Niemczech pierwsza przychodnia w r. 1899. Od tego czasu poradnie staja się zwolna głównem centrum walki z gruźlicą. W r. 1919 było głównych stacji 1258, a filji 800, w r. 1920 zaś jest już ich z górą razem 3000. Autor rozporządza danemi statystycznemi zebranemi z 700 poradni aż do r. 1920. Przeważna część poradni w Niemczech jest zgodnie z ideą Püttera wyłącznie instytucją społeczno-higjeniczna. W programie pracy ich przeto jest odżywianie chorych przez dostarczanie im mleka (382 poradnie), tranu (259), i innych środków odżywczych, przeprowadzanie dezynfekcji mieszkań opuszczonych przez gruźlików (333), dostarczanie spluwaczek w wypadkach gruźlicy otwartej (niemal wszystkie poradnie) i płynów odkażających (140). Celem utrzymania warunków możliwie higjenicznych poradnie dostarczają chorym łóżek (221), niektóre zaś współpracują bardzo owocnie z urzędem mieszkaniowym. Chorzy otrzymują niekiedy również zasiłek na czynsz mieszkaniowy, (115) ubranie, bieliznę i t. p. Poradnie walczą nadto z gruźlicą przez tworzenie kursów przeciwgruźliczych dla lekarzy i pielęgniarek, przez publiczne wykłady, filmy i książki z zakresu higjeny; przez pogadanki, wypracowania szkolne i konferencje rodzicielskie propagują wśród dzieci i ich rodziców higjenę.

Leczenie chorych według programu Püttera ma pozostawać w rękach lekarzy prywatnych, kasowych i t. d. Tylko w ten sposób można zyskać poparcie i współpracę ogółu lekarzy tak niezbędną w walce z gruźlicą. 35.4% poradni zerwało jednakowoż z regułą Püttera i udziela ubogim chorym również pomocy lekarskiej, przeprowadza leczenie swoiste, leczenie lampą kwarcową, odmą sztuczną, hydroterapją i t. d.

Wyposażenie poradni jest bardzo różnorodne. Jedne z nich mieszczą się we własnych kilkupiętrowych domach, posiadają swój aparat Roentgena, leżalnie, a nawet urządzenia niemal sanatoryjne, natomiast inne nie mają nawet stałego pomieszczenia i znajdują przytułek w szkołach, urzędach, plebanjach, a nawet w gospodach. Jedne z poradni rozporządzają 100—200 M. rocznie na jednego chorego, są zaś takie, które mają 10 M. zaledwie. Najczęściej gminy łożą na utrzymanie poradni (35%) następnie władze, towarzystwa ubezpieczeń, kasy chorych, towarzystwa przeciwgruźlicze i t. d.

Autor podnosi żądanie, aby bez względu na charakter instytucji na czele poradni stał lekarz, i to lekarz specjalista. Dotychczas bowiem dość często (467) rolę kierującą mają urzędnicy, księża, nauczyciele i t. p. W poradniach pracują lekarze wraz z pielęgniarkami-wywiadowczyniami. Aby sprawność poradni podniosła się potrzebna jest ścisła łączność z władzami, kasami chorych, sanatorjami i szpitalami. Poradnie powinny mieć przegląd wolnych łóżek w zakładach przeciwgruźliczych, kiedy zaś chory opuszcza te zakłady powinien przejść w opiekę poradni. Poradnię powinno się zawiadamiać o każdym wypadku śmierci z następstwa gruźlicy nie tylko w domu, ale w szpitalach, więzieniach i t. d. Poradnia powinna być centralną stacją badania osób żyjących razem z dziećmi w domu lub w szkole (służba, nauczyciele), również ludzi zajętych przy produkcji lub rozsprzedaży artykułów spożywczych (piekarnie, masarnie i t. d.). Poradnie powinny wpływać na wybór zawodu i dostarczać lżejszej pracy ludziom podleczonym. Powinny mieć również prawo i możność usuwania dzieci z otoczenia chorych, nieprzestrzegających środków ostrożności. Powinny wreszcie współpracować ściśle z lekarzami szkolnymi.

Z pośród wielu bardzo cennych spostrzeżeń opartych na tak obfitym materjale statystycznym, godzi się wspomnieć, iż przeprowadzony w ustawodawstwie pruskiem przymus zgłaszania gruźlicy wcale nie wpływa na ilość odnalezionych gruźlików. Chorzy bowiem starają się ukryć chorobę, jeśli równocześnie z zameldowaniem państwo nie spieszy im z pomocą. Natomiast proporcjonalnie do sprawności i rozwoju poradni przeciwgruźliczych wzmaga się ilość zgłoszeń dobrowolnych zwłaszcza za pośrednictwem lekarzy.

W książce niniejszej znajdzie każdy, kto interesuje się walką przeciwgruźliczą, a zwłaszcza organizacją poradni, bodziec i niejedną praktyczną wskazówkę w swej pracy.

*Dr. Antonina Kragenówna.*

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### A) Piśmiennictwo polskie.

*Nowiny lekarskie,* Rok XXXIX, Zeszyt 5, z 1 marca 1927: P. M a r t y s z e w s k i: Przyczynki do rokowania w suchotach płuc. — I. K r o t o s k i: W sprawie chirurgicznego leczenia wola z niedoczynnością tarczycy. — J. P u t e r m a n: Kilka uwag w sprawie zaburzeń sercowych w zależności od zaburzeń ze strony narządów trawiennych. — A. P u ł a s k i: W sprawie bibljotek dla chorych szpitalnych.

*Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego,* Rok II, Zeszyt III za sierpień—grudzień 1926. — St. T r z e b i ń s k i: Nieznany list i artykuł naukowy Jennera — z notatek prof. W. Herberskiego. — T. W ą s o w s k i i T e t w e n: O działaniu Psicainy Mercka. — A. W i r s z u b s k i: Historja Szpitala żydowskiego w Wilnie. — K. K o s i ń s k i: O nauczaniu anatomji w Anglji i we Francji. — Z a r c y n: W sprawie przelewania krwi.

*Ruch filozoficzny,* Tom X, Nr. 1—6 z r. 1926/7: St. B l a c h o w s k i: VIII Międzynarodowy Zjazd psychologów w Greminger (6—11 września 1926). — I. M y ś l i c k i: W sprawie organizacji programowej zjazdów naukowych. — Drugi Polski Zjazd filozoficzny. — Sprawozdania.

*Wiadomości farmaceutyczne,* Rok LIV, Nr. 11 z 13 marca 1927: I. F a b i c k i i R. T r u s z k o w s k i: Fizjologiczne badanie wyciągu sporyszowego. — Inż. T. I n g w e r: Syntezy preparatów farmaceutycznych (c. d.). — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Piśmiennictwo francuskie.

### La Presse médicale.

Nr. 97.

P. Nicaud: *O grzybicach płucnych.* Referat zbiorowy omawiający obraz anatomo-patologiczny i kliniczny grzybic płucnych (*mucormycosis, sporotrichosis, aspergillosis, oosporosis, actinomycosis*). Autor podkreśla trudności w rozpoznawaniu tych schorzeń zbliżonych obrazem klinicznym do przewlekłej gruźlicy płuc. Powolny przebieg, dobry stan ogólny, częstość i obfitość krwioplucia mogą skierować na właściwe rozpoznanie.

J. Snapper i A. Grunbaum: *O wydalaniu kwasu hipurowego w schorzeniach nerek.* Nerka ludzka, podobnie jak i zwierzęca posiada zdolność syntezy kwasu hipurowego z kwasu będźwinowego i glikokolu.

U osobników normalnych, po podaniu 5 gramów soli kwasu będźwinowego następuje wydalenie tegoż pod postacią kwasu hipurowego w najbliższych 12 godzinach.

W schorzeniach nerki przebiegających bez azotemji wydalanie kwasu hipurowego jest normalne, przy azotemji znacznie opóźnione. Przyczyny tego zjawiska nie należy upatrywać w zaburzeniu zdolności nerki do syntezy, gdyż ilość kwasu hipurowego we krwi w przypadkach tych wzrasta, a tylko w upośledzeniu zdolności wydalania kwasu hipurowego przez schorzałą nerkę.

Nr. 98.

A. Lemierre: *Wykład wstępny z bakterjologji.* Przemówienie okolicznościowe.

A. Mauté: *O bakterjoterapji niektórych częstszych zakażeń.* Opisuje korzystne wyniki przy stosowaniu przetworu otrzymanego przez zadziałanie sody na kultury drobnoustrojów. Przetwór ten, posiadający wszystkie dodatnie cechy szczepionki, bez jej stron ujemnych, stosuje podskórnie w dawce odpowiadającej $^1/_{10}$—2 mgr. substancji stałej. Autor omawia wyniki otrzymane przy powyższem leczeniu w zakażeniach gronkowcami, paciorkowcami, laseczką okrężnicy i gonokokami.

Nr. 99 i 101.

Poświęcone pamięci Laenneca w stuletnią rocznicę jego śmierci.

Nr. 100.

L. Ambard: *Stosunek zastępczego przerostu do zwiększonej czynności nerki.* Szereg badań doświadczalnych nad zachowaniem się stałej Ambarda u psów pozbawionych jednej nerki wykazywał, iż na zwiększony dowóz związków azotowych nerka odpowiada wzrostem czynności. Powiększenie się narządu nie zawsze postępuje równolegle do wzrostu fukcji — w niektórych przypadkach dosięga 80% pierwotnej wagi, w innych nie przekracza 20%. Z badań autora wynika, iż nawet rozległe zmiany anatomiczne w zakresie nerek mogą być wyrównane przez zwiększenie funkcji pozostałego miąższu, tak iż z wyniku tak zwanego badania czynnościowego nerki nie można sądzić o braku zmian anatomicznych w zakresie tej ostatniej.

M. Larget, J. Lamare, E. Moreau: *O leczeniu autowakcynami zakażeń dróg moczowych laseczką okrężnicy.* Autorowie streszczają korzystne wyniki otrzymane przy stosowaniu w przypadkach zakażeń dróg moczowych laseczką okrężnicy, auto-wakcyn, otrzymanych przez osłabianie żyjących kultur zapomocą formaliny. Szczepionkę tę zawierającą 500 miljonów laseczek w 1 cm$^3$ stosowali w dawce $^1/_2$ cm$^3$ co dwa dni, dochodząc stopniowo do 2 cm$^3$.

W przypadkach przewlekłych dołączali przepłukiwanie pęcherza i miedniczek nerkowych autofiltratem wedle metody Besredki. Dokładny opis postępowania.

A. Lumière: *W sprawie anafilaksji.* Artykuł polemiczny nie nadający się do streszczenia.

G. Milian: *Zjawiska anafilaksji a zjawiska wstrząsu.* Nie nadaje się do streszczenia.

Pasteur-Vallery-Radot, P. Blamousier, Fr. Claude, i P. Girond: *O eozynofilji w stanach anafilaktycznych.* Na podstawie 253 obserwacyj klinicznych autorowie dochodzą do wniosku że eozynofilja nie jest objawem charakterystycznym dla anafilaksji trawiennej (pokrzywka, obrzęk Quinckego, migrena), natomiast spotyka się ją w przeważnej części przypadków anafilaksji oddechowej (dychawica oskrzelowa, katar sienny). Nie jest ona więc objawem istotnym dla stanów anafilktycznych, lecz w pewnych przypadkach może stanowić cenną pomoc w rozpoznaniu.

Nr. 103.

R. Debré, G. Semelaigne i A. Cournand: *Podostry obrzęk płuc na tle zakaźnem u oseska.* Autorowie wyodrębnili jako oddzielną jednostkę chorobową zespół objawów występujący niekiedy u dziecka w pierwszych tygod. życia. Cechuje się on napadami duszności i kaszlu, sinicą i dość ciężkim stanem ogólnym, a badanie przedmiotowe stwierdza obraz obrzęku płuc. Przebieg schorzenia bezgorączkowy rozciąga się zazwyczaj na szereg tygodni, zejście, pomimo dość ciężkiego obrazu ogólnego zazwyczaj pomyślne. Dokładne badanie i obserwacja potrafi wykluczyć koklusz, gruźlicę lub bronchopneumonię, które mogłyby wchodzić w grę przy ustaleniu rozpoznania. Badanie bakterjologiczne pozwoliło autorom wykryć w dwu przypadkach w plwocinie pneumokoki, co potwierdza przypuszczenie zakaźnej etjologji schorzenia.

Brouha i Simonnet: *Badania doświadczalne i kliniczne nad działaniem hormonu jajnikowego.* Autorowie streszczają badania nad działaniem wyodrębnionej przez Allena i Doisy'ego follikuliny na cykl płciowy samic zwierząt, i przytaczają korzystne wyniki otrzymane przy stosowaniu preparatu domięśniowo u kobiet z zaburzeniami w czynności gruczołów płciowych jak: *amenorrhoe, dysmuenorrhoe, menopauza.*

Rok 1927. Nr. 1.

P. Ravaut i Ducourtioux: *Leczenie schorzeń stawowych i stanów septycznych wywołanych przez gonokoki.* Autorowie opisują dobre wyniki otrzymane przy stosowaniu surowicy przeciwgonokokowej Nicoll'a sporządzonej przez Zakład Pasteura w Paryżu. W przypadkach ostrych schorzeń stawowych następuje szybkie zniknięcie bolów i cofanie się wysięków. W przypadkach przewlekłych występuje niekiedy zdumiewająca poprawa. W przypadkach wreszcie stanów septycznych pochodzenia gonokokowego następuje zazwyczaj znaczna poprawa stanu ogólnego i obniżenie się temperatury. We wszystkich tych przypadkach stosowanie szczepionek daje znacznie gorsze wyniki. Autorowie podają surowicę dziesięciokrotnie rozcieńczoną fizjologicznym roztworem soli kuchennej dla uniknięcia gwałtownego wstrząsu przy wprowadzaniu dożylnem. Injekcja powinna odbywać się bardzo powoli. Ilość wprowadzonej naraz, rozcieńczonej surowicy waha się od 5—50 cm$^3$, ilość wstrzykiwań potrzebnych dla osiągnięcia poprawy od 3 do 6.

R. Deschiens: *O wykrywaniu zakażeń pasorzytami przewodu pokarmowego.* Wykrycie zakażeń pasorzytami przewodu pokarmowego napotyka czasem na trudności z powodu niestałego pojawiania się pasorzytów czy też ich jaj w oddawanych stolcach. Dotyczy to zwłaszcza zakażeń pierwotniakami. W przypadkach podejrzanych należy w przeciągu 8 dni każdy stolec oddany poddać badaniu.

Wykrywanie jaj pasorzytów można praktycznie przeprowadzić w ten sposób, że chory próbkę każdego stolca oddanego w przeciągu 8 dni wkłada zapomocą pałeczki szklanej do oddzielnej probówki zaopatrzonej korkiem i rozciera z 5% roztworem formaliny. Po 8 dniach wszystkie próbki zostają odesłane do pracowni gdzie po zmięszaniu ich wykonuje się badanie metodą Telemana.

*Czeżowska* (Lwów).

### Piśmiennictwo esperanckie.

### Internacia Medicina Revuo.

1927, nr. 2.

Ulman (Praga). *Wartość ekonomiczna zdrowia i życia ludzkiego.* Ruch zdrowotny wśród ludu wykazuje już dziś prawie wszędzie dobre rezultaty, lecz wyniki mogłyby być o wiele korzystniejsze, jak wykazuje autor na podstawie ścisłych obliczeń statystycznych Luis Dublina, urzędnika w wielkiem towarzystwie ubezpieczeń „Metropolitan Life Insurance Company" w Nowym Jorku. W tem mieście śmiertelność w ostatnich 50 latach spadła z 28·3‰ na 11·5‰ a żywot przeciętny przedłużył się z 40 na 56 lat. Niedawno jeszcze jedna czwarta dzieci umierała w pierwszym roku życia, dziś umiera tylko 7% dzieci. Podobnie spadła śmiertelność z duru brzusznego, z błonicy a nawet śmiertelność z gruźlicy wynosi tylko połowę tego, jaka była przedtem. „Metropolitan Life Insurance Company" w Nowym Jorku liczy pół miljona ubezpieczonych. Przed 17 laty ta wielka organizacja zaczęła propagować wśród swych klientów życie zdrowotne i krzewić wychowanie profilaktyczne. Towarzystwo wydało na te cele dotychczas około 20 miljonów $, zato śmiertelność ubezpieczonych spadła o 30%, przez co towarzystwo zaoszczędziło kwotę 43 miljonów $. Wcale więc dobry zysk ekonomiczny. Gruźlica wśród ubezpieczonych spadła o 56% w porównaniu do lat poprzednich, dur brzuszny o 80%, choroby zakaźne dziecięce o 55·5% a specjalnie błonica o 62%. Śmiertelność wśród ubezpieczonych spadła z podwójną

szybkością niż wśród reszty mieszkańców Nowego Jorku. Ich żywot przeciętny zyskał w tym czasie 9 lat, podczas gdy u reszty mieszkańców życie przedłużyło się tylko o 5 lat. Jeśli systematycznie przeprowadzi się wszelkie środki medycyny zapobiegawczej, uda się na pewno przedłużyć życie przeciętne mieszkańców Nowego Jorku z obecnych 56 na 65 lat. Te rezultaty powinny zrozumieć wszystkie rządy i ministerstwa, albowiem kapitał, który przedstawia życie ludzkie, jest bezwątpienia największym i najważniejszym majątkiem narodowym.

H. Altkaufer (Warszawa). *Przeźroczyste opatrunki własnego pomysłu.* Dotychczasowe opatrunki mają dwie wady, nie pozwalają na stałą kontrolę ran i nie przepuszczają światła słonecznego. Rana znajduje się w warunkach termostatu tak, że drobnoustroje z otoczenia rany łatwo rozwijać się mogą. Autor pokrywa ranę polaparatomijną nie rdzewiejącą siateczką drucianą, którą pokrywa warstwą łyszczaku (glinu, *kalium et aluminium bisiliciatum*), naokoło przytwierdza sie grubsze warstwy gazy za pomocą mastisolu lub kolodjonu. Przeźroczysty łyszczak przepuszcza promienie słoneczne, jest wytrzymały na wpływy wysokiej ciepłoty, kwasów, tinktury jodowej, benzyny i daje się krajać nożyczkami tak, że przewyższa inne substancje przeźroczyste jak szkło, żelatyna, celuloidyna. W razie potrzeby można ranę naświetlać lampą kwarcową lub innemi promieniami. Rany polaparotomijne leczone tym opatrunkiem są już dziesiatego dnia zagojone ściągniętą, wąską i zupełnie bladą blizną.

W. Róbin. *Historja esperanckich czasopism lekarskich.*

Ulysses de Souza e Silva. *Sao José dos Campos, brazylijskie miasto do leczenia gruźlicy.* Miasto to w pobliżu gór Mantiqueira, leży 600 m nad poz. morza, niedaleko od Rio de Janeiro i jeszcze innych 10 miast brazylijskich i odgrywa wielką rolę w leczeniu gruźlicy.

Numer ten umieścił referaty następujących prac z Polskiej Gazety Lekarskiej: Rothfeld: Ospa wietrzna i półpasiec. Braun: Powikłania ze strony narządu słuchu w przebiegu płonicy. Ehrlichówna: Z kliniki ostrego ropnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Lipiński: Przyczynek do patogenezy i leczenia wąglika. Jasieński: Próby zastosowania bakterjofagji w chirurgji. Sochański: Zboczenia w czynnościach wątroby związanych z węglowodanową przemianą materji i zależność ich od układu nerwowego.

*Fels* (Lwów).

### Piśmiennictwo niemieckie.

### Zeitschrift für klin. Medizin.

Holzer i Klein z Pragi. *O hipochloraemicznym Diabetes insipidus z poruszeniem kwestji zaburzeń centralnej regulacji diurezy wodnej i solnej.* Przedstawiony jest przypadek *D. ins.* w którym molekularna koncentracja krwi, oznaczana obniżeniem punktu zamarzania jak i zawartość soli kuchennej we krwi były poniżej wartości normalnych. W przypadku tym przy próbie suchej poliurja trwała niezmieniona dalej, zawartość soli kuchennej we krwi w przeciwieństwie do innych przypadków *Diab. insp.* utrzymywała się na bardzo niskim poziomie, co świadczy o tem, że całą wydzielona przy próbie suchej woda pochodziła z tkanek. Po obciążeniu solą kuchenną przypadek autorów zachowywał się również odmiennie od innych przypadków *Diab. insip.*, mianowicie $^{1}/_{0}$ zawartości soli kuchennej w moczu silnie wzrósł ale bez zwiększenia diurezy, przy niskim poziomie soli kuchennej we krwi, gdy zazwyczaj przy *Diab. insipidus* dodatek soli kuchennej do zwykłej diety powoduje jeszcze większy wzrost diurezy.

W doświadczeniu z pituitryną nastąpiło wyraźne zahamowanie diurezy i zwiększenie koncentracji moczu. Najciekawszą była kombinacja pituitryny z insuliną. Autorzy podali w ciągu dnia 3 razy po 2 ampułki pituitryny i 3 razy po 40 jedn. insuliny. Diureza, która przeciętnie wynosiła 12 l. spadła wówczas na $^{1}/_{2}$ litra, ciężar gatunkowy z 1001 poszedł na 1023. W porównaniu z doświadczeniem wykonanem z sama pituitryną zahamowanie diurezy było o wiele silniejsze, pozatem insulina działanie pituitryny rozciągnęła na 2 następne dnie.

W doświadczeniu z nowasurolem i salyrganem nastąpiło nieznaczne zmniejszenie diurezy i zwiększenie wydzielania soli.

Przypadek swój zalicza autor do grupy hipochloraemicznej, przyjmując podział Weila który wszystkie przypadki *Diab. ins.* dzieli na 2 grupy, grupę hiperchlor. z dużą zawartością soli kuchennej we krwi a małemi ilościami NaCl w moczu i grupę hipochl. zachowującą się wprost przeciwnie.

Na podstawie analizy swego przypadku i innych z literatury, autor wnioskuje, że w *Diab. ins.* ma miejsce zaburzenie koordynacji między centrum diurezy wodnej a cenrum diurezy soli kuchennej, którego istnienie zostało na zwierzętach stwierdzone. Przy *diab. insip.* centrum regulacji wodnej reaguje polyurją już na bardzo słabe nagromadzenie się soli kuchennej w tkankach, kóra wydalana ustawicznie z ustroju nie jest w stanie dojść do takiej koncentracji, ażeby zadziałać na centrum diurezy solnej.

Lueg. *O elektrokardjogramie przy myxoedema.* Na podsawie doświadczeń na ludziach i zwierzętach autor dochodzi do wniosku, że zmiany elektrokardjogramu przy myxoedema są następstwem zmian w skórze, które zmieniają warunki fizyczne przewodnictwa.

Lasourley. *O czasie trwania poszczególnych faz elektrokardiogramu u zdrowych i chorych.* Nie nadaje się do streszczenia.

Doc. Petow z Berlina. *Przyczynek do kliniki asthma bronchiale i stanów pokrewnych.* Autor zbiera znane zapatrywania na patogenezę *asthma bronchiale* i stawia pytanie, w którym odcinku systemu nerwu błędnego jest zlokalizowana ta zmiana, która powoduje nadwrażliwość. Na podstawie faktu, że jeden wagotonik ma astmę, inny neurozę serca, *colitis membranacea* albo urticarję autor sądzi, że w organie wykonawczym t. zn. przy asthma: w mięśniach gładkich oskrzelików i komórkach endothelialnych naczyń krwionośnych błony śluzowej, które u astmatyków są bardziej przepuszczalne, powodując tem hiperaemję i obrzęk błony śluzowej. Za tem przemawiaja również doświadczenia z atropiną i pilokarpiną, które działają również po zupełnej degeracji nerwów oskrzelików.

W dalszym ciągu autor podaje wyniki doświadczeń z nowym środkiem przeciwko astmie *anterengol*, który zawiera 4 decymille atropiny, papaweryne i coffeinę aa 0,04 Camphory 0,5 $cm^3$ i 0,2 $cm^3$ eteru. Anterengol wstrzykiwał co 2 dzień śródmięśniowo w dniach pomiędzy injekc. dawał w kapsułkach *per os*.

Stosował go w 21 przypadkach, z tego w 15 otrzymał wybitną poprawę. Środek ten posiada przewagę nad atropiną, gdyż nie powoduje nieprzyjemnych objawów ubocznych.

Dobre wyniki uzyskał również przy *bronchitis chronica* i *emphysema*.

Kogan z Charkowa. *Antagonizm i korrelacja między trzustką, nadnerczami i przysadką.* Adrenalina i insulina w zakresie systemu naczyniowego działają antagonistycznie, gdyż insulina powoduje krótkotrwałe obniżenie ciśnienia i znosi podwyższające ciśnienie działania adrenaliny, dalej znosi saliwację wywołaną adrenaliną.

Wysokie dawki insuliny wywołują saliwację, przyśpieszenie tętna i oddychania, drgawki, tremor. Wszystkie te objawy znosi natychmiast adrenalina.

Antagonistami w dziedzinie przemiany węglowodanów są dalej insulina i pituitryna. Wstrzyknięcie wyciągu z przysadki powoduje wzrost cukru we krwi i znosi natychmiast objawy shocku hipoglik. wywołanego za dużemi dawkami insuliny, co ma znaczenie kliniczne.

*J. Mandybur* (Lwów).

### Wiener Klinische Wochenschrift.

1925. Nr. 10.

A. Edelmann. *O przewlekłej niedokrwistości zakaźnej i jej etjologji. (Ueber Anaemia infectiosa chronica und ihre Behandlung).* Istnieje cały szereg podgorączkowych spraw chorobowych, stanowiących istny *crux medicorum*, z pośród których udało się polskiemu lekarzowi Edelmanowi wyodrębnić pewną jednostkę nozologiczną o przebiegu bardzo przewlekłym, charakteryzującą się wybitną niedokrwistością, ogólnem niedomaganiem i niezdolnością do pracy, w połączeniu z wahaniami podgorączkowemi, występującemi najczęściej w porach popołudniowych lub wieczorowych.

Klinicznie poza szmerem systolicznym nad koniuszkiem serca i to w pojedyńczych zaledwie przypadkach, co zazwyczaj daje pochop do rozpoznawania *endocarditis lenta*, nic wykryć się nie daje. Serce zarówno wypukowo, jak i roentgenologicznie zazwyczaj żadnych zboczeń nie przedstawia, śledziona niemacalna.

Główne zmiany znajdują się we krwi, której obraz przedstawia się następująco: ilość erytrocytów oraz hemoglobiny bywa zmniejszona, wskaźnik barwikowy krwi niski, pojkilo-cytoza, polichromia, nieliczne bazofilo-punkcikowate erytrocyty, leukopenja ze stosunkową limfocytozą, ilość mononuklearów wzmożona, eozynofilja wybitna (nieraz do 10%). Hodowla ze krwi i próba tuberkulinowa ujemna.

Sprawa omawiana odróżnia się od niedokrwistości powolnej *(anaemia lenta)* Löwenhardta streptokokkowego pochodzenia swym dobrotliwym, bardziej przewlekłym przebiegiem, brakiem patogenicznych bakterji, obrazem morfologicznym krwi: w sprawie bowiem Löwenhardta ma się do czynienia z hipochromiczną niedokrwistością, z neutrofilową leukocytozą i eozynopenją.

Co do przebiegu omawianej sprawy, bywa ona jak wzmiankowano, zazwyczaj łagodna: przypadki lekkie nie wymagają żad-

nego zabiegu, z pośród obserwowanych przez autora przypadków, dwa tylko miały przebieg poważny, zaś w dwóch przypadkach śmierć nastąpiła przy objawach skazy krwotocznej.

Eozynofilja dała asumpt autorowi do szukania we krwi pasorzytów i takowe zostały przezeń stwierdzone.

W erytrocytach, lub poza ich obrębem spotykają się twory gruszkowate, półowalne ,lub też okrągłe.

Po zabarwieniu preparatu metodą May-Giemsa okazują one ciało protoplazmatyczne o barwie niebieskiej z czerwonem jądrem chromatynowem. Inna postać pasorzyta okazuje pałeczkowate, niebieskie plazmatyczne ciało z czerwonem jądrem chromatynowem, umieszczonem na jednym z biegunów pałeczki. Często też spotykają się postacie przecinkowate, obrączkowate oraz trójkątne.

Szczególną uwagę zwracają na siebie twory wielkości limfocytów o niebieskiem ciele protoplazmatycznem i o licznych trzyrzędowych jądrach chromatynowych (w ilości około 20). Inne wreszcie twory intracellularne również o ciele protoplazmatycznem niebieskiem zajmują cały krążek krwi, zostawiając wąski zaledwie rąbek hemoglobiny. Posiadają one nabrzeżne ciemno-zabarwione ciałka obok wielu środkowych jąder chromatynowych.

Dane te morfologiczne przemawiają za tem, że mamy do czynienia z pierwotniakami w rodzaju pirozomów, powodujących afrykańską febrę nadbrzeżną, gorączkę Texas, złośliwą niedokrwistość bydlęcą lub też zakaźną niedokrwistość końską.

Również udało się autorowi stwierdzić w erytrocytach t. z. *anaplasma marginale*, o czem ostatnio komunikował R. Kraus.

Autor zastrzega sobie ostateczne orzeczenie odnośnie do etjologji omawianej sprawy po przeprowadzeniu odpowiednich badań doświadczalnych.

*Dr. Puterman* (Sosnowiec).

**Virchow's Archiv.**

Bd. 262, zeszyt 1.

Jeno v. Borza i Bela Melly (Budapeszt). *Eksperymentalne badania nad poznaniem usposobienia rakowego.* W ostatnich latach wiele uwagi poświęcono eksperymentalnie wywołanym rakom. Jamagira podaje, że udawało mu się wywołać raka płaskokomórkowego w 5.8% podczas gdy Deelman, Jordan, Bierich uzyskali dodatnie wyniki nawet w 100 procent. Powyższe fakta pozostawałyby jakby się wydawać mogło w pewnej sprzeczności z dokonanemi spostrzeżeniami w fabrykach parafino-anilinowych, gdzie jeno nieliczni robotnicy zapadają na raka. Z powyższego wnioskować należy, że prócz przewlekłego drażnienia muszą w ustroju ludzkim ukrywać się jeszcze innego rodzaju czynniki, które sprzyjają występowaniu zmian atypowych w nabłonku. Nie bez znaczenia rzecz oczywista pozostaje sam wiek. Nadto znamiennem jest, że rak chętnie występuje w pewnych krajach. I tak we Włoszech na 1,000.000 mieszkańców zapada na raka 675 osób podczas gdy w Szwecji stosunek ten osiąga cyfrę 1.259 a w okolicach Alp Austrjackich dochodzi nawet do 1.283. Już Benecke zwrócił uwagę, że na rakową konstytucję składają się następujące cechy anatomiczne: doskonale rozwinięty kościec, flegmatyczne usposobienie, przedwczesne zwapnienie chrząstek żebrowych, silnie rozwinięte umięśnienie serca, szerokie naczynia, wąska tętnica płucna, małe płuca, duża wątroba itd. Godnem wzmianki jest fakt, że pacjenci o przytoczonych powyżej cechach wykazują jednocześnie niezwykłą odporność na gruźlicę. Według Martinsa neurastenicy zazwyczaj rzadko zapadają na raka. Wiadomem jest, że konstytucja zależy przedewszystkiem od układu gruczołów wewnętrznego wydzielania. To też przyglądając się chorym na raka nasuwa się już na pierwszy rzut oka, że rak dotyka najbardziej jednostek u których zaznacza się upadek i obniżenie się czynności gruczołów wewnętrznego wydzielania. Eksperymentatorzy również potwierdzają, że pod wpływem dożylnego podawania najrozmaitszych wyciągów gruczołowych raki sztucznie wywołane ulegają bądź przemianom wstecznym, bądź też zatrzymują się w dalszym rozwoju sprawy chorobowej. Sprzyjają najlepiej w powstawaniu i rozwojowi raka zasadniczo dwa czynniki, a mianowicie za jeden z tych czynników uważa się, że wadliwe zabłąkanie ogniska nabłonkowego stanowi najodpowiedniejsze podłoże dla rozwoju raka, przestrojenie zaś ustroju pod wpływem występujących zmian w składzie hormonów tworzy czynnik drugi. Przesunięcie równowagi hormonów odgrywa wybitną rolę w ogólnym rozwoju poszczególnych tkanek. Lubo w zaraniu życia zarodkowego tkanki ulegają największemu rozrostowi komórek, narządów, to jeszcze płód w tym okresie nie posiada własnych gruczołów dokrewnych, lecz znajduje się pod przemożnym wpływem hormonów matki. A wszyscy chyba wiemy, jak wybitnym zmianom ulegają u kobiety ciężarnej gruczoły wewnętrznego wydzielania. Jaskrawym przykładem, potwierdzającym ścisły związek pomiędzy wzrostem komórek a układem gruczołów dokrewnych jest bądź choroba akromegalja bądź karłowatość pochodzenia przysadkowego. W pierwszym przypadku obraz zależy od nadmiernej czynności gruczołów, w drugim natomiast od niedostatecznej czynności tychże. Wypadnięcie hormonów powoduje bardzo wyraźne zaburzenia w równowadze wzrastania ustroju. W eksperymentalnie wywoływanych rakach pędzlowanie powoduje nowotworzenie się nabłonków, które pozostaje pod wpływem nieznanych nam dotychczas czynników. W pierwszym okresie eksperymentu występuje znaczny rozrost komórek nabłonkowych, który zostaje zresztą ograniczony przez tkankę łączną. W dalszym rozwoju nadmiernie rozrosłe komórki nabłonkowe mogą zapoczątkować wybujanie raka przy równoczesnem zaznaczeniu się przesunięcia równowagi hormonów. Powyższe poglądy autorowie starają się potwierdzić w drodze eksperymentu, stosowanego na 35 myszkach, u których doświadczalnie wywoływano raka, a nadto wstrzykiwano im adrenalinę, glanduitrynę, testiculinę i *Extr. thyreoideae*. Eksperymenty wspomniane wykazały, że u myszy, którym podawano jednocześnie adrenalinę, testiculinę i *Extr. thyreodeae* o wiele wcześniej powstawały raki posmołowe, aniżeli przy podawaniu glanduitryny. Prócz tego raki te wykazywały wyraźniejsze cechy złośliwości, upodobniając się w zupełności do złośliwych nowotworów ludzkich. W dotychczasowych zwykłych rakach posmołowych zaznacza się przeważnie wybujanie zrogowaciałego naskórka, nie wykazującego zresztą wybitniejszych cech złośliwości.

Takao, Tokuzio: *W sprawie zagadnienia łączącego międzymózgowie z przysadką mózgową.* Autor na podstawie 8-iu spostrzeżonych przypadków sekcyjnych guzów przysadki mózgowej bądź nowotworów, rozmieszczonych w najbliższem otoczeniu siodełka tureckiego, dokładnie zbadanych pod względem histologicznym potwierdza zdania tych uczonych, którzy przypuszczają, że same zmiany w międzymózgowiu nie zawsze stają się powodem objawów moczówki, otłuszczenia i t. d. Wspomniane zaburzenia występują najczęściej łącznie ze zmniejszoną wydolnością przysadki mózgowej lub upośledzeniem odpływu jej wydzieliny do międzymózgowia. Opinja Schiffa, który łączy w jedną całość fizjologiczną międzymózgowie z przysadką do wytłumaczenia powstania moczówki i innych zaburzeń zasługuje, zdaniem autora na specjalne wyróżnienie.

Schroer. *W sprawie poznania urazowej porencefalji.* Pod porencefalją rozumieć obecnie należy lejkowate ubytki mózgowia, będące w łącznej komunikacji z komorami bądź z przestrzenią podpajęczynówkową. Siegmund rozszerza powyższe pojęcie uważając, że wszelakie ubytki mózgowia, powstałe na tle aseptycznej martwicy składają się na obraz porencefalji. Omawiana zmiana powstaje bądź jeszcze w łonie matki — jako wynik zaburzenia rozwojowego, bądź w czasie aktu porodowego na tle urazowem i wreszcie w późniejszym wieku, w związku ze zmianami zapalnemi albo zaburzeniami w układzie naczyniowym. Tło urazowe w ostatniej grupie dotychczasowe piśmiennictwo dość miernie uwzględniało. Autor opisuje przypadek dotyczący kobiety lat 58, która przed 10 laty doznała złamania czaszki. Na sekcji w przypadku tym stwierdzono ubytek wielkości gruszki w płacie skroniowym lewym, pozostający w łączności z przednim rogiem komory bocznej. Badanie histologiczne oraz obraz makroskopowy z całą pewnością uzasadniają w danym przypadku urazowe tło, na którem porencefalja powstała. Innych momentów chorobotwórczych mogących sprzyjać powstawaniu porencefalji, sekcja nie zdołała wykazać.

A. Troitzkaja-Andrejewa (Leningrad). *Odkładanie się lipoidów na zastawce dwudzielnej.* Systematyczne badania w 120 przypadkach dotyczą częstości występowania odkładania się lipoidów, ich umiejscowienia oraz obrazu makroskopowego t. zw. plam lipoidowych. Owe lipoidy dostają się bezpośrednio wraz z chłonką odżywczą z ogólnego prądu krwi do miąższu zastawek, które wogóle nie zawierają naczyń krwionośnych i odkładają się w tej tkance bez wytworzenia się zmian rozrostowych, cechujących miażdżycę. Powyższe zmiany autorka określa mianem „lipoidozy".

*Dr. W. Janusz.*

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

**Warszawskie Towarzystwo lekarskie.**

Posiedzenie kliniczne w dniu 21. września 1926 r.

Przewodniczący: prezes B. Sawicki.

I. Kol. T. Byszewski przedstawia chłopca 5 letniego z rozpoznaniem: „*osteochondritis infantilis deformans ossis navicularis*", czyli przypadek t. zw. choroby Köhlera I, dając w kilku słowach zarys przebiegu choroby i demonstrując roentgenogramy z kilku okresów choroby. Omawiając patogenezę tego schorzenia

B. nawiązuje do pokrewnych spraw chorobowych, jak choroba Köhlera II, Perthes Legg-Calvé. We wszystkich tych sprawach mamy obrazy roentgenologiczne wręcz przeciwne, niż np. w gruźlicy, gdzie stwierdzamy odwapnienie, tu przeciwnie jako cecha patognomoniczna występuje nawapnienie. Etjologja tych obrazów chorobowych, dosyć zawiła, jest jednak ściśle związana z przyczyną wadliwego rozwoju chrząstki oraz zaburzeń w kostnieniu danych kości. Lekkie urazy, niedokrwienia — mogą odgrywać tylko rolę podrzędną. Duży nacisk kładą autorzy na łączność tych spraw chorobowych z zaburzeniami w układzie gruczołów dokrewnych. Leczenie ogólne i objawowe, w każdym bądź razie nie operacyjne.

*W dyskusji:* 1) Kol. Grudziński komunikuje, że przypadki te nie są tak bardzo rzadkie; mówca zebrał 3 własne przypadki, chciał je przedstawić na Zjeździe chirurgów w r. b. lecz nie doszedł do głosu. Decydujące znaczenie dla rozpoznania ma zdjęcie Roentgena.

2) Kol. Higier polemizuje z prelegentem, dowodząc, że patogeneza *osteochondritis juvenilis et infantilis* jest bardzo niejasną, nie wyklucza sprawy zapalnej; powołując się na badacza niemieckiego Axhausena, który podobno stwierdził zatory w usuniętej kości chorej. H. przytacza najrozmaitsze przypuszczenia i hipotezy, nie wyłącza możliwości późnej krzywicy, łagodnej postaci gruźlicy; stwierdza, że najwięcej charakterystycznem w obrazie roentgenologicznym jest zmniejszenie wymiaru kości i rozszerzenie szpary stawowej, a nie nawapnienie.

3) Kol. Drozdowicz podnosi w odpowiedzi przedmówcy, że dla choroby Köhlera jest właśnie cechą najwięcej charakterystyczną nawapnienie kości, widoczne na roentgenogramach, odwapnienie zaś świadczy zwykle o gruźlicy.

4) Prof. Sawicki nawiązuje przypadek przedstawiony do t. zw. choroby Calve'go w kręgach, gdzie również mamy do czynienia ze sprawą niespecyficzną, przebiegającą łagodnie i cechującą się nawapnieniem chorego kręgu.

5) Kol. Byszewski stwierdza, że tylko roentgenolog może mówić o częstości podobnych przypadków, gdyż w jego rękach leży właściwe rozpoznanie, i on skupia te przypadki. Klinicyści widują je b. rzadko.

W odpowiedzi kol. Higierowi prelegent zaznacza, że należy wszelką możliwość podłoża zapalnego w powstawaniu choroby Köhlera odrzucić, gdyż usuwane operacyjnie kości nigdy nie wykazały najmniejszych cech zapalnych, następnie przeciwko teorji zapalnego pochodzenia przemawia dwustronność, lub połączenie choroby Köhlera I z Köhlerem II., Perthes-Legg-Calvé, Schlatterem. Przeciwnie możemy, najprędziej się zgodzić na łączność tych zaburzeń chorobowych z wadliwą działalnością gruczołów dokrewnych.

II. Kol. Biśké przedstawia przypadek *zwichnięcia* kości łonowych, dotyczący dorosłego mężczyzny, który został przygnieciony ziemią; prelegent zastosował własnego pomysłu opatrunek opasujący miednicę i obciążony wagą kilku kilogramów. Chory obecnie zdrów zupełnie — rozstęp kości łonowych prawie nie istnieje.

*W dyskusji:* 1) prof. Kryński podkreśla rzadkość tego przypadku, zastanawia się nad mechanizmem tego zwichnięcia; zna przypadek, gdzie łącznie z oderwaniem kości biodrowych nastąpiło rozejście się spojenia. K. radzi próbować w tych przypadkach osteosyntezy.

2) Kol. Altkaufer stwierdza, że często spotyka się rostępy kości łonowych u ciężarnych. Po porodzie rozstępy zrastają się samoistnie, ale zawsze z tendencją do wznowy. Wogóle kiedyś w praktyce akuszeryjnej była proponowana operacja symphizotomji, ale wobec złych wyników i trudności w ponownem spojeniu — zaniechano jej.

3) Kol. Biské podkreśla, że operowanie tych przypadków, jest dosyć ryzykowne, ze względu na ciężkie powikłania z powodu zakażenia Cvi Retzii. Stan chorego wyśmienicie się poprawił w zastosowanym opatrunku.

III. Kol. Trzciński przedstawia młodą dziewczynę, z prawdziwym *leukodermatem*, podkreślając różniczkowanie tego przypadku z *leucoderma syphiliticum*.

IV. Kol. Mikułowski wygłosił rzecz p. t.: *„O zespole hypostiksji u wagotoników"*.

*W dyskusji:* 1) Kol. Gerner podnosi, iż podany przez prelegenta przypadek należałoby traktować raczej jako niedomogę tarczycy, tembardziej, że podanie thyreoidyny przerwało natychmiast objawy chorobowe, które należałoby odnieść raczej do hypothyreoidyzmu.

2) Kol. Mikułowski. Objawy *gastro-entero-neurozy* przypominają bardzo klasyczne objawy hipothyreoidyzmu opisane przez Barkera. Cały jednak zespół chorobowy opisanego przypadku, nie mieści się w pojęciu samego hipothyreoidyzmu, chociby ze względu na wspomniany objaw uporczywej cylindrurji. Doświadczenia Heringa stwierdziły, że zastrzyknięcie thyreoidyny wywoływało u szczurów samców powiększenie gruczołów nadnercza i zwiększenie zawartości adrenaliny. Według tych doświadczeń thyreoidyna jest zdolna pobudzać rdzeń nadnercza. Wzmożenie tonusu sympatycznego mogło tem samem spowodować zahamowanie podrażnionego napięcia parasympatycznego.

*T. Byszewski,* sekretarz doroczny.

Posiedzenie kliniczne w dniu 5 października 1926 r.

Obecnych członków Towarzystwa 41.

Przewodniczący: wiceprezes K. Zieliński.

I. Kol. Filiński wygłosił rzecz p. t.: *O znaczeniu rozpoznawczem opukiwania wątroby* (do druku).

*W dyskusji:* 1) Kol. Bronowski omawia przyczyny powiększenia wątroby w chorobach zakaźnych. Dla duru czynnikiem działającym są zarazki krążące we krwi, to samo dotyczy innych spraw septycznych.

2) Kol. K. Zieliński wspomina o możliwości pomyłek między powiększoną wątrobą, a płynem w opłucnej, na co zwracano już uwagę od bardzo dawna.

3) Kol. Filiński w odpowiedzi zaznacza, że nie wszystkie sprawy septyczne przebiegają z powiększeniem wątroby, np. w durze powiększenia te są wczesne i znaczne, w zakażeniu popołogowem wątroba nie jest wcale powiększona.

II. Kol. Gorecki wygłasza rzecz p. t.: *„Badania nad wentylacją płucną w przebiegu niektórych schorzeń wewnętrznych* (przeznaczone do druku).

*K. Gerner,* II. sekretarz doroczny.

Posiedzenie poświęcone pamięci zmarłych ś. p. Dra Ludwika Guranowskiego i ś. p. Dra Juljana Kramsztyka, w dniu 19 października 1926.

Przewodniczy: wiceprezes K. Zieliński..

Sekretarz stały T-wa w krótkiem przemówieniu, nacechowanem szczerem uczuciem żalu, z powodu straty, jaką poniósł świat lekarski, zagaja zebranie i wita przybyłe licznie rodziny zmarłych.

Z. Dobrowolski streszcza życiorys i działalność ś. p. L. Guranowskiego.

M. Michałowicz streszcza życiorys i daje ocenę prac ś. p. Juljana Kramsztyka.

K. Zieliński dzieli się z obecnymi garścią wspomnień o śp. Juljanie Kramsztyku.

W części klinicznej:

Kol. K. Gerner wygłosił rzecz p. t. *„Aktywacyjne zdolności surowicy krwi ludzkiej w stosunku do soku żołądkowego"*. (przeznaczone do druku).

*W dyskusji:* 1) prof. A. Gluziński podkreśla, że myśl wykazania podstawowych przyczyn powstawania wrzodów żołądka wydaje mu się prawidłową. Edward Zieliński stwierdził sekcyjnie, że opuszczenie żołądka i trzew było często powikłane wrzodami. Dziedziczność wrzodów możemy tłumaczyć dziedzicznością enteroptozy. Własności surowicy krwi mają bezspornie bardzo duże znaczenie i droga, którą obrał sobie prelegent, wydaje się prawidłową.

2) Kol. Zaorski przypomina, że przed rokiem jeszcze wykazywał ważną rolę unerwienia żołądka, w powstawaniu wrzodów. Doświadczenie chirurgów świadczy, że po odpowiedniem usunięciu wpływu wadliwego unerwienia, a więc po resekcji części odźwiernikowej żołądka, nie spotykamy nawrotów. Z. wskazuje, że pożądanem jest poddanie próbom prelegenta treści żołądków resekowanych.

3) Kol. Światopełk-Zawadzki zaznacza, że w próbie prelegenta, należy zwrócić uwagę, na uboczne działanie bakterji, które próbę tę mogą zaćmić, chyba, że mielibyśmy do czynienia ze środowiskiem kwaśnem.

4) prof. A. Gluziński w odpowiedzi kol. Zaorskiemu, zaznacza, że widział przypadek resekcji żołądka z powodu wrzodu, wykonany przez prof. Rydygiera, w którym stwierdził nawrót wrzodu po trzech latach.

5) Kol. Zaorski podkreśla, że obecnie robi się tylko wycięcie części odźwiernikowej z pozostawieniem nawet samego wrzodu, co daje świetne wyniki i prowadzi do zagojenia wrzodu.

6) Prof. W. Orłowski: Rzadkość ujawniania się wrzodów żołądka w innych jego częściach po wycięciu części odźwiernikowej, tłumaczy się tem, że dla powstawania wrzodu okrągłego w żołądku, prócz czynników ogólnych konstytucjonalnych, potrzebne są jeszcze miejscowe, które układają się w sposób najbardziej sprzyjający powstawaniu wrzodów właśnie w części odźwiernikowej; tu mianowicie nowsze badania, wykonane ka-

pillaroskopem, wykazały najwybitniejsze zmiany w budowie i w funkcjach najdrobniejszych naczyń tętniczych i żylnych, oraz włoskowatych, które to zmiany niezawodnie sprzyjają w powstawaniu wrzodu. Zmiany te objęte pojęciem skazy naczyniowo-nerwowej, u chorych z chorobą wrzodową żołądka, występują i w innych miejscach ustroju, lecz w stopniu o wiele słabszym. Z usunięciem więc części odźwiernikowej, usuwa się jednocześnie najlepszy teren dla wrzodów żołądkowych.

7) Kol. Gerner podnosi, że po resekcji żołądka sekrecja znika, pozostaje tylko worek; skoro więc niema czynnika trawiennego, niema też i wrzodu.

8) W odpowiedzi kol. Zawadzkiemu prelegent zaznacza, że wpływ bakteryjny jest równorzędny we wszystkich próbach, więc możemy przyjąć, że to działanie uboczne jest zrównoważone.

*T. Byszewski,* sekretarz doroczny.

### Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 6. października 1926 r.

Przewodniczący: prof. Majewski. Obecnych 48 członków.

Po odczytaniu protokołu z pos. nauk. w dn. 23. VI. b. r. przewodniczący wygłosił dłuższe wspomnienie pośmiertne o zmarłym członku Towarzystwa św. p. kol. Janie Gaiku, co obecni uczcili przez powstanie.

Przewodniczący zawiadomił następnie, że w czasie feryj wakacyjnych odbył się w Krakowie jubileusz kol. Al. Laskiewicza, z okazji którego to przewodniczący wysłał jubilatowi imieniem Krak. Tow. lek. serdeczne życzenia. We wrześniu odbył się w Katowicach zjazd lekarski obesłany licznie przez Krak. Tow. lek. Prof. Majewski przemawiał jako przedstawiciel Krak. Tow. lek. 17. b. m. ma się odbyć uroczystość 25-lecia powstania Tow. lek. Częstochowskiego. Przewodniczący zaprasza do jaknajliczniejszego wzięcia udziału. Wydział lekarski będzie reprezentował prof. Ciechanowski.

Krak. Tow. lek. uchwaliło zwrócić się do prof. Ciechanowskiego z prośbą o zastąpienie Krak. Tow. lek. na tejże uroczystości.

Kol. doc. Seńkowski omówił sprawę nowo przeprowadzonej rozbudowy gmachu Towarzystwa. W nowo powstałych ubikacjach znajdą umieszczenie bibljoteka, czytelnia, Związek lek., i t. d. Koszta budowy wyniosły około 18 tysięcy złotych. Koszta dalszej rozbudowy wyniosą jeszcze około 10 tysięcy zł. Suma ogólna kosztów budowy wypadła niżej niż opiewał pierwotny kosztorys (35.000 zł.).

Sprawozdanie przyjęto oklaskami. Przewodniczący imieniem Tow. złożył kol. Seńkowskiemu podziękowanie.

Kol. Kaulbersz wygłosił odczyt pod tyt.: *O wpływie zmęczenia na gospodarkę wody i stężenie jonów wodorowych we krwi — w górach i na nizinie.*

Badania, przeprowadzone częściowo w pracowni wysokogórskiej na Monte-Rosa, częściowo w Krakowie, pokazały, że zawartość wody we krwi człowieka podlega znacznym zmianom w rozmaitych stadjach zmęczenia: w początku przy utrzymaniu normalnej ciepłoty ciała następuje rozcieńczenie krwi z powiększoną stosunkowo ilością soli w osoczu; po kilku lub kilkunastu minutach zależnie od temperatury zewnętrznej, wilgoci i intensywności pracy, powstaje z jednoczesnem podwyższeniem się ciepłoty ciała zgęszczenie krwi i stopniowa utrata soli: w dalszych stadjach zmęczenia, kiedy ciepłota ciała już się wyżej nie podnosi lub nawet nieco opada, znów krew zostaje rozcieńczoną. To wtórne rozcieńczenie ma jednak inny charakter od pierwszego: podczas, gdy pierwsze jest dość równomierne, poza stosunkowo powiększoną ilością soli w osoczu, to w czasie drugiego znajdujemy zmniejszenie elementów krwi i soli z powiększoną jednocześnie ilością białka w surowicy. Ilość fibrynogenu powiększa się w stadjum pierwszego rozcieńczenia, zmniejsza się w czasie zgęszczenia i wtórnego rozcieńczenia.

Stężenie jonów wodorowych we krwi po dużych wysiłkach fizycznych na nizinie nie zmienia się, w górach zaś, na wysokości około 3000 metrów, zwiększa się, czyli kwasica, powstająca przy pracy fizycznej, nie zupełnie zostaje na dużych wysokościach wyrównaną.

Dyskusji po odczycie nie było.

Posiedzenie naukowe w dniu 13. października 1926 r.

Przewodniczący: prof. Majewski. Obecnych 79 członków.

Przewodniczący zawiadamia, że wysłał im. Krak. Tow. lek. list z powinszowaniem do Częstochowskiego Tow. lekarskiego. Prof. Ciechanowski zgodził się reprezentować Krak. Tow. lek. na jubileuszu Częst. Tow. lek.

Kol. doc. Tempka wygłosił odczyt pod tyt.: *Agranulocytoza jako jednostka kliniczna.* (Rzecz przeznaczona do druku).

*W dyskusji* kol. Eisenberg opowiada, że badał w przeciągu tygodnia hematologiczny obraz 2 przypadków należących do grupy agranulocytozy. Jeden przypadek badał wspólnie z kol. Łapińskim. Dotyczył on 36-letniego księdza. Sprawa zaczęła się przed 7-miu tygodniami wybroczynami w zakresie jamy ustnej. Bóle głowy. Krwawienia zwolna coraz większe. Obraz hematologiczny odpowiadał agranulocytozie. Drugi przyp. dotyczył dziecka, u którego pierwszym objawem były naloty na migdałkach. Potem wystąpiła anemja, osłabienie i zwolna zgorzelinowe zapalenie dziąseł, *subicterus* i bardzo znaczne osłabienie. Znaczne upośledzenie wzroku postępujące. W ciągu 6 dni zejście śmiertelne mimo troskliwego leczenia. We krwi znaleziono paciorkowca. Przypomina sobie 3-ci przypadek leczony wspólnie z kol. Blassbergiem — dziewczynki 4-letniej. Obraz był bardzo podobny do przypadków opisanych dzisiaj jako agranulocytoza. Wówczas rozpoznawano ostrą leukemję. W krótkim czasie nastąpiło zejście śmiertelne.

Prof. Dr. Latkowski zapytuje, jaka była ilość bilirubiny, gdyż zwykle w agranulocytozie są żółtaczki wyraźne. Przypomina przyp. ogłoszony przez Lipińskiego i Artymowską w Polsk. Gazecie lekarskiej przebiegający z agranulocytozą, który dotyczył dziecka 4 letniego i skończył się wyleczeniem.

Dalej omawia swój własny przypadek (dotyczący mężczyzny) septycznego zapalenia gardła z monocytami we krwi (N 8%, Monoc. 32%, L. 60%) z powiększeniem śledziony i wszystkich gruczołów. Zgadza się z zapatrywaniem prelegenta, że agranulocytoza jest tylko objawem pewnych postaci chorobowych, co większość autorów uznaje. Uważa, że czynnik konstytucyjny odgrywać musi rolę poważną w powstawaniu tego rodzaju obrazów nienormalnego oddziaływania systemu leukopoetycznego na zakażenie.

Kol. doc. Tempka w odpowiedzi zaznacza: W przypadkach Eisenberga nie możemy twierdzić, że to była agranulocytoza Schultza. Przypadki te stoją na pograniczu agranulocytozy Sch. Czy pierwotne jest zakażenie i uszkodzenie szpiku kostnego, czy też odwrotnie zakażenie jest wtórne, sprawa ta ciągle się wentyluje w literaturze. Co do przyp. Lipińskiego, — Schultz by go bezwzględnie nie przyjął za agranulocytozę. Dużo jest tam atypowości w stosunku do agranulocytozy Schultza. Należałoby raczej ten przyp. zaliczyć do przyp. odczynu limfatycznego.

Posiedzenie naukowe w dniu 20. października 1926 r.

Przewodniczący: prof. Majewski. Obecnych 126 członków.

Przewodniczący składa prof. Latkowskiemu serdeczne życzenia z okazji objęcia dyrekcji kliniki medycznej i życzy mu powodzenia na nowem stanowisku.

Przeczytano protokół z pos. w dn. 13. 10.

Kol. Siedlecki przedstawia przyp. *żółtaczki hemolitycznej nabytej,* omawia rozpoznanie różniczkowe, patogenezę i leczenie.

Kol. Szczeklik przedstawia przyp. *sarcoma pleurae dextrae* z przerzutami w gruczołach chłonnych dołka nadobojczykowego lewego, dotyczący chłopca 19-letniego. Pokaz preparatów histologicznych z wyciętego gruczołu limfatycznego.

Kol. Łukaszczyk przedstawia 1) przyp. *rozedmy płuc* istotnej dużego stopnia z rozszerzeniem serca zwł. prawego u osobn. 27 l., jako następstwo przebytego w r. 1917 ataku gazowego.

2) Przyp. *niedokrwistości* o typie wtórnym z prawidłowym układem hemostatycznym, na tle utajonych krwawień w obrębie przewodu pokarmowego, o niedającej się wykazać przyczynie.

*W dyskusji* kol. doc. Tempka przypomina przyp. o podobnych objawach niedokrwistości wskutek krwawień z przewodu pokarmowego — demonstrowany przed kilkoma miesiącami. Przypadek tamten miał przebieg bardzo ostry.

Kol. Dziuba przedstawia chorą l. 59. z *glossitis interstitialis profunda luetica.* Pozatem u chorej tej innych zmian kiłowych w organizmie nie stwierdzono.

Kol. Reiner przedstawia przyp. kobiety l. 24. *z perihepatitis i perisplenitis tbc. fibrosa,* dające w skutkach objawy spotykane przy sprawach marskości wątroby.

Kol. Czapnicki przedstawia przyp. posocznicy z objawami agranulocytozy u mężczyzny 34-letniego.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

**Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.**

Posiedzenie z 8 września 1926 r. (w Szpitalu im. małżonków Poznańskich).

1. Kol. Keilson przedstawia chorego, który w ciągu 2-ch tygodni codziennie zrana połykał — z powodu zakładu — pewną ilość przedmiotów żelaznych w postaci gwoździ, haków, szpilek i kawałków żelaza. Operowany po 4-ch miesiącach. Z żołądka opuszczonego aż do miednicy małej wydobyto 45 przedmiotów.

2. Kol. Bornstein Roman demonstruje chorą lat 32-ch z *niedomogą gruczołu tarczowego*. Pierwsza menstruacja w 20 roku, obecnie co 6 miesięcy.

3. Tenże kolega demonstruje chorą z olbrzymiem nadżarciem kości czołowej pochodzenia kiłowego. Chorej w szpitalu zastrzyknięto do kanału kręgowego lipjodol wstępujący. Zdjęcie roentgenowskie wykazało obecność lipjodolu w komorze bocznej.

4. Kol. Rabinowiczówna demonstruje chorą po obfitych krwawieniach macicznych z krwawieniami z dziąseł, wybroczynami z dodatnim objawem opaskowym, czas krwawienia — 12 minut, trombocytów — 31.000. Leczona z dobrym skutkiem wlewaniami dożylnemi $CaCl_2$.

5. Kol. Klozenberg wygłosił odczyt pod tytułem: *Encephalographia.*

Posiedzenie w dniu 22 września 1926 r.

1. Kol. Grosglik przedstawia 47-letniego mężczyznę z *lymphadenosis leukaemica*. Rozwój cierpienia bardzo przewlekły, bo od 10 lat. Wszystkie gruczoły znacznie powiększone; wyczuwają się pozaotrzewnowe gruczoły w dolnej części jamy brzusznej; śródpiersie wolne (roentgenoskopja): śledziona wyczuwała się przed leczeniem na 2 palce poprzeczne poniżej łuku żebrowego. Na skórze były drobne gruczołki różowe, silnie swędzące. Bóle głowy, ogólne osłabienie. Krew: — Hb. 85%; ciałek czerwonych 4,600.000, ciałek białych 67.000, w tem Neutr. 5%, Lymph. 99,5% (przed leczeniem). Naświetlano od 6. VII. do 22. VII. gruczoły promieniami Roentgena. Obecnie wszystkie gruczoły znacznie się zmniejszyły. Na uwagę zasługują dwie okoliczności: a) pomimo uogólnienia choroby, chory pracował ciężko: b) śledziona, pomimo, że nie była naświetlana bezpośrednio, zmniejszyła się aż do stanu niewyczuwalności.

2. Kol. Grosglik i Fridstein pokazują 58-letnią kobietę, u której przed blisko dwu laty powstała gwałtownie swędząca wysypka w postaci *lichen urticatus;* nie ustępująca pod wpływem promieni ultrafioletowych i Roentgena; pozatem u chorej stwierdzono powiększone gruczoły pachowe i w pachwinach. Od czasu do czasu ciepłota podwyższona; chudnienie. W końcu czerwca 1926 r. stan następujący: duże gruczoły pod pachami, w pachwinach, na udach oraz w jamie brzusznej powyżej więzadeł Poupart'a. Dolny brzeg wątroby — 5 cm. poniżej łuku żebrowego, śledziona do linji pępkowej. Prurigo na wszystkich kończynach i części górnej tułowia. Swędzenie gwałtowne, gorączka, biegunka, widoczne charłactwo. Obraz krwi: Hb. 55%, Hipoglobulia, wybitna eozynofilja (17%). Rozpoznanie: *Lymphogranulomatosis.* Chora była naświetlana od 19. VII. do 26. VII. naświetlano tylko gruczoły. Skutek: Hb. 75%, eozynofiloza zmienna (10—25%); gorączka i biegunka ustąpiły. Wysypka i swędzenie nieznaczne. Gruczoły znikły, tylko w pachwinach i jamie brzusznej nieznaczne pozostałości. Śledziona 4 cm. pod łukiem żebrowym. Wątroba niewyczuwalna. Jesienią 1923 r. u chorej rozpoznano raka krtani, który znikł pod wpływem promieni Roentgena. Wywiady wykazują, że chora miała duży guz z lewej strony szyi, rosnący w kierunku gardzieli, przechodzący na migdałek lewy i przesuwający języczek w stronę przeciwną. Już ów guz, zdaniem kolegów, był niewątpliwie pierwszym lokalnie ograniczonym objawem lymphogranulomatozy, która, choć rzadko, może dać umiejscowienie w krtani.

3. Kol. Dengel pokazuje dwu chorych *z plastyką dolnej wargi* za pomocą płatu wziętego z czoła.

4. Kol. Keilson pokazuje na ekranie kilka zdjęć roentgenowskich pęcherzyka żółciowego *po wlewaniu dożylnem tetrajodphenolphtaleiny.*

*W dyskusji* zabrali głos kol. Gliksman, Garewicz i Dengel.

5. Kol. Goldman omawia przebieg operacji, wykonanej na mężczyźnie, który w ciągu 2-ch tygodni połknął z powodu zakładu 45 metalowych przedmiotów. Przedmioty te pokazywano na poprzedniem posiedzeniu Towarzystwa.

Protokół wieczoru seminaryjnego z dnia 29. IX 26 r.

1. Kol. Mikłaszewski wygłosił referat: *O Krynicy.* Omówiwszy historję powstania i rozwoju Krynicy, która znaną już była, jako uzdrowisko, posiadające różne zdroje mineralne, przed 200-tu z górą laty, rozpatrzywszy zmienne losy jej powodzenia i upadku, zatrzymawszy się na opisie jej klimatu i urządzeń zdrowotnych — prelegent zajmuje się nieco dłużej zobrazowaniem zdrojów krynickich, ich własności chemiko-fizycznych i leczniczych. Wybitną cechą tych zdrojów stanowi wielka ilość bezwodnika kwasu węglowego i zawartość dwuwęglanu wapnia i dwuwęglanu niedokwasu żelaza, jako składników głównych, a w wodzie ze zdroju Zubera duży odsetek sodu i litu; pozatem wszystkie te źródła posiadają znaczną ilość rozmaitych innych składników w bardzo małych odsetkach, które prelegent określa mianem witaminów wód mineralnych, a które nadają cechy indywidualne każdemu ze zdrojów. Źródła mineralne Krynicy według opinji szwajcarskiego geologa Szerera, są wadliwie ujęte, co wpływa na zmienność ich składu i debitu. Szczęśliwy wyjątek pod tym względem stanowi tylko zdrój Józefa, który nasyca łazienki w domu Zakładowym. Na opisie zdroju Zubera zatrzymuje się nieco dłużej ze względu na jego pochodzenie (termy alkaliczne) i własności lecznicze. Borowina krynicka ze względu na jej składniki (znaczna ilość składników rozpuszczalnych), jeżeli nie przewyższa, to w każdym razie dorównywa najlepszym borowinom Zachodu, jak francensbadzkie, marjenbadzkie i elsterskie. Po omówieniu własności chemiko-fizykalnych i terapeutycznych głównych składników wód mineralnych krynickich, jak również całokształtu własności leczniczych tych zdrojów, prelegent wygłasza pogląd oparty nie tyle na sprawdzianach naukowych, ile na rozważaniach hipotetycznych, iż w działaniu na ustrój wód mineralnych naturalnych a sztucznych jest duża różnica — taka, jaka zachodzi miedzy dziełem mistrza, a kopją tego dzieła najprecyzyjniej nawet wykonaną. Wskazania do stosowania wód krynickich są zredukowane w referacie do następujących schorzeń. Rozmaite postaci niedokrewności z błednicą na miejscu czołowem. Choroby serca za wyjątkiem posuniętej miażdżycy naczyń, a także wad zastawek półksiężycowych; przy tej sposobności zatrzymuje się na krytyce rozmaitych poglądów o leczeniu chorób serca kąpielami mineralnemi a szczególniej gazowemi. Choroby żołądka i jelit są poważnym objektem dla stosowania rozmaitych zdrojów Krynicy. Dna, skaza moczanowa, kamica żółciowa i nerek ulegają b. wybitnej poprawie przy umiejętnem stosowaniu wody Zubera. Niektóre choroby kobiece, dzięki wybornym warunkom leczniczym jak kąpiele borowinowe i mineralne ulegają wybitnej poprawie. Nerwice ogólne, histerja i neurastenja a także choroba Basedowa dają też nie mały kontyngent chorych dla kuracji w Krynicy. W końcu referatu robi prelegent kilka uwag krytycznych o technicznych niedomogach aparatu kąpielowego (znaczne defekty w nagrzewaniu wanien, niedostateczne zabezpieczenie pewnych kategoryj chorych od wchłaniania podczas kąpieli gazu węglowego: stosowanie bodźców kąpielowych jest zanadto szablonowe i za mało uwzględniana jest indywidualność. Zasługuje także na uwagę, że dawniej podczas kuracji w Krynicy kładziono większy nacisk na wewnętrzne użycie wód mineralnych, niż obecnie; w związku z tem i dawkowanie tych wód zdaje się było więcej sprecyzowane. Pomimo tego wszystkiego Krynica dzięki obfitości i różnolitości jej zdrojów i wskutek poważnych inwestycyj poczynionych tu w ostatnich latach ma doniosłą przyszłość jako uzdrowisko o dużym zakroju na modłę europejską.

Posiedzenie z dnia 6 października 1926 r.

1. Kol. Dengel pokazuje chorego w 12 dni po operacji *wrzodu żołądka.* Znaleziono dwa wrzody: jeden na odźwierniku, a drugi na krzywiźnie małej w odległości 12-tu centymetrów od odźwiernika. Dokonano resekcji metodą Krönleina. Przebieg pooperacyjny bez zarzutu.

2. Kol. Fajwlewicz wygłosił odczyt p. t.: *Przemiana wodanów węgla w świetle równowagi kwasowo-zasadowej ustroju z uwzględnieniem mianownictwa tej równowagi.* (Ukaże się w druku w Polsk. Arch. Med. Wewn.).

*W dyskusji* zabrał głos kol. Praszkier.

Posiedzenie z dnia 20 października 1926 r.

Kol. Kryszek wygłosił odczyt pod tytułem: *Patologja społeczna chorób serca.* Po określeniu istoty patologji społecznej wogóle, podkreśla konieczność uwzględniania momentów społecznych przy powstawaniu, przebiegu, a nadewszystko zapobieganiu chorobom sercowym; następnie omawia szczegółowo sześć cech, świadczących o zależności, zachodzącej pomiędzy chorobami sercowemi a środowiskiem społecznem.

I. Częstość występowania chorób sercowych: 1,4% wad serca u badanych dzieci szkolnych łódzkich; 14—16% chorób sercowych pośród chorych szpitalnych.

II. Postać przejawiania się chorób sercowych — częstość atypowego, społecznie ważniejszego przejawiania się jak schorzeń zastawkowych, tak i schorzeń mięśnia sercowego.

III. Zależność choroby sercowej od środowiska, — a więc, wpływ chorób zakaźnych ostrych (mieszkowate zapalenie gardła,

gościec stawowy, płonica) na powstawanie chorób zastawkowych i na ich nawroty i wpływ pracy na wyczerpywanie się siły rezerwowej mięśnia sercowego.

IV. Oddziaływanie stanu chorobowego sercowego na środowisko; przejawia się ono w zagadnieniach przyrostu ludności w zdolności do służby wojskowej i w wydolności wykonywanej pracy.

V. Wpływ i skuteczność leczenia chorób sercowych: niewyzyskane jest dostatecznie zapobieganie nawrotom chorób zastawkowych przez roztoczenie pieczy nad stanem pierścienia limfatycznego gardła, nad jamami nosowemi i stanem uzębienia i wykonywanie odnośnych zabiegów. Z drugiej strony — odpowiedni dobór pracy i dostateczne wypoczynki zapobiec mogą wyczerpywaniu się siły zapasowej mięśnia sercowego.

VI. Zapobieganie chorobom sercowym przez zarządzenia społeczne. Wchodzą tu w rachubę: 1) uświadamianie szerokich mas o częstości z jaką choroby zakaźne prowadzą do chorób zastawkowych i ich nawrotów: 2) udzielanie wskazówek o higjenicznym trybie życia; 3) uświadamianie o znaczeniu kiły w powstawaniu chorób sercowych; 4) roztoczenie za pośrednictwem lekarzy szkolnych opieki nad sercowo choremi dziećmi; 5) konieczność przystosowania ustawodawstwa społecznego do zapobiegania chorobom sercowym po przybytem zakażeniu ostrem. Dzięki ustawodawstwu społecznemu byłoby możliwe masowe badanie pracowników fizycznych (dwa razy do roku) i uzależnienie od wyniku badania wyboru odpowiedniego zawodu; wreszcie 6) wyzyskanie doświadczeń, zdobytych nad usystematyzowanem badaniem serca w stosunku do wymagań różnych rozpowszechnionych sportów. Zadania te mogłyby z pożytkiem indywidualnym i społecznym spełniać „Poradnie dla chorych sercowych", które, urządzone początkowo przy szpitalach, opiekowałyby się chorymi szpitalnymi sercowymi i po wyjściu ich ze szpitala, sercowo choremi dziećmi szkolnemi i chorymi sercowymi niezamożnymi wogóle.

*W dyskusji* kol. Gliksman zaznacza, że uważa tworzenie takich Poradni za mało celowe, a to z następujących powodów. 1) profilaktyka chorób sercowych, jako przeważnie cierpień wtórnych, sprowadza się do zapobiegania chorobom zakaźnym. 2) Poradnia, jako prawdziwe narzędzie walki z chorobą, powinna być w stanie — przy odpowiednich środkach, ponmiejszyć chorobę — ilościowo i indywidualnie, jak to dzieje się w Poradni przeciwgruźliczej; 3) co do porad w kwestji obierania zawodu — to temu celowi lepiej odpowie — Poradnia zawodowa ogólna.

Wręcz przeciwnego zdania jest kol. Sterling, który uważa, że Poradnie takie powinny być powołane do życia; zespół lekarzy w poradni będzie mógł wykryć tak etjologję choroby, jak też ściślej określić istotę cierpienia. Poradnie zawodowe istnieć mogą obok Poradni dla chorób sercowych: najlepszą propagandą jest nie plakat, a czyn, a takim będzie istnienie Poradni; za potrzebą stworzenia Poradni przemawia chociażby np. stosunkowo duża ilość spotykanych przypadków *Endocarditis lenta;* gdyby chorzy tacy byli wcześnie kierowani do Poradni — nie spotykalibyśmy ich może później jako chorych beznadziejnie. Kol. Praszkier uważa, że do Poradni należałoby kierować chore ciężarne z cierpieniami serca w celu rozstrzygnięcia, czy i kiedy należy dokonać przerwanie ciąży. Kol. Mikłaszewski wspomina o roli kiły przy powstawaniu cierpień sercowych: mówi o wielu przypadkach nierozpoznawanych cierpień serca, — do ścisłego rozpoznania tych cierpień służyłaby Poradnia. Kol. Tenenbaum podkreśla znaczenie Poradni dla badań sportowców, wspomina o istniejącej już stacji dla takich badań we Lwowie; stacje takie mają w przyszłości obowiązkowo badać każdego sportowca. Kol. Manteufel jest zdania, że Poradnie takie powinny być uruchomione przy szkołach. Kol. Szereszewska zapytuje, jaki wpływ na choroby sercowe wywiera karmienie.

Kol. Kryszek w odpowiedzi kol. Gliksmanowi zaznacza, że do Poradni zgłaszaliby się przedewszystkiem chorzy szpitalni po ich wypisaniu; do Poradni kierowanoby dzieci szkolne. Obok chorób zastawkowych, powstałych na tle chorób zakaźnych — istnieją i cierpienia mięśnia sercowego, powstałe nie na tle chorób zakaźnych i którym można przeciwdziałać. Kol. Szereszewskiej odpowiada, że karmienie nie wywiera wpływu na choroby sercowe.

Sekretarz: *A. Tenenbaum.*

**Polskie Towarzystwo dermatologiczne. Oddział Lwów.**

Posiedzenie naukowe 20 maja 1926.

1. Kol. Mierzecki przedstawia: a) przypadek *Lichen ruber confluens familiaris.* Choroba nastąpiła u ojca i u syna w 35 roku życia. b) *Reinfectio et sclerosis duplex.* Pierwsze zakażenie kiłowe w r. 1916, leczenie do 1917. Obecnie dwa wrzody, *Spir pallida* +, *OW* +++, *Scleradenitis.* c) *Pemphigus mucosae oris et labii majoris* u 21 letniej dziewczyny. d) Trzy przypadki łuszczycy, oporne przez 6 tygodni na leczenie maściami a przez dalsze 4 tygodnie na wstrzykiwania dożylne *Triptalu,* ustępują po dalszym tygodniu przy stosowaniu maści salicylowo-siarczanej. e) *Carcinoma plano-cellulare penis* u 64 letniego mężczyzny.

2. Kol. Goldschlag przedstawia: a) chorą cierpiącą od 2 lat na *Summer prurigo Hutschinson.* b) *Granuloma tuberculosum lichen scrophulosorum i papulo-nekrotyczne tuberkulidy* u 33 letniej chorej; pakiety gruczołów na szyji, w jamie nadobojczykowej, pachach, pachwinach; na tułowiu osutka drobno - guzkowa, większe guzki, pigmentacje i blizenki; wygląd kliniczny przemawia za *lymphogranulomatozą,* badanie histologiczne wykazuje budowę gruźliczą; zaliczenie tej sprawy w myśl podziału Zieglera do grupy granulujących *pseudoleukemij-granulierende Pseudoleukaemien — obejmującej granuloma tuberculosum, lueticum i Hodgkina.* c) *Insufficientia pluriglandularis;* u 40-letniej chorej z zaburzeniami czynności całego szeregu gruczołów dokrewnych zmiany w skórze polegające na znacznej rozciągliwości tejże na wszystkich kończynach Badanie histologiczne wykazuje degeneracje w tkance łącznej i elastycznej, jakoteż zwyrodnienie śluzowe.

3. Kol. Bochinówna przedstawia *Akromegalia in individuo luetico.* Chora lat 60, zmiany od lat 15, kiłę neguje, jedno poronienie; na górnych kończynach hipertrofia kości palców, roentgenologicznie na podstawie czaszki obustronne zniszczenie processu *clinoidei,* rozszerzona *sella turcica.* O. W. kompletnie dodatni.

4. Kol. Leszczyński: *A. pityriasis rosea* o bardzo trudnem rozpoznaniu różniczkowem z powodu sztywności, wydatnych zmian exsudatywnych, przejścia na szyję i twarz. Poprawa po wlewaniu Jod-Jodkali. b) dwa przypadki tarczycy, gdzie w 1. po podaniu thyrozanu, w 2. po nagrzewaniu grasicy nastąpiło zatrzymanie menses; 3-ci przypadek podobny z praktyki prywatnej, gdzie po nagrzewaniu grasicy nastąpiła impotencja. c) *Folliculitis exulcerans?* Zmiana pod kolanem lewem częściowo podobna do *lupus vulgaris,* a inne odpowiadające *folliculitis exulcerans* Łukasiewicz. Badanie histologiczne wykazało budowę tuberkulidową. Poprawa pod maścią borową i wlewaniami Jod-Jodkali. d) *Casus poi diagnosi. Lupus erythematodes faciei,* ponadto 7 guzów w rozmiarach do małego grochu, głównie na kończynach dolnych, w głębszych warstwach *corium,* twardych, barwy brunatno-czerwonej znikającej pod naciskiem; histologiczna degeneracja hyalinowa w *pars reticularis* przy niezmienionej *pars papillaris.* e) pięć przypadków *Dermatitis herpetiformis Duhring,* jeden *Pemphigus vulgaris,* jeden *Pemphigus vegetans* leczone kombinowaną metodą Leszczyńskiego, przed leczeniem, w czasie leczenia i po leczeniu. Działanie symptomatyczne wydatne, lepsze niż przy innych sposobach, od 3 lat stracił 2 przypadki, gdzie przed leczeniem już było schorzenie mięśnia sercowego.

5. Kol. Kwiatkowski przedstawia przypadek *rumienia wielopostaciowego* o niezwykłej lokalizacji na barku i kończynie górnej prawej; pierwsze wrażenie półpaśca; wykwity mają typowy charakter rumienia wielopostaciowego.

6. Kol. Nadel: a) *Actinomycosis,* chory od kilku lat na *tabes dorsalis,* ma *infiltrat* wielkości dłoni w okolicy podszczękowej, z typowemi przetokami; choroba trwa od roku. Mikroskopowo i hodowlą nie wykazano promienicy. Dostaje wewnętrznie Jodkali ze znaczną subjektywną i objektywną poprawą, b) *Lues hereditaria tarda;* 17 letni pacjent z rodziny kiłowej; ojciec zmarł na porażenie postępujące, matka miała porażenie połowicze, 6 rodzeństwa zmarło w pierwszych latach życia. U chorego w 9. roku życia *keratitis parenchymatosa,* w 10 roku *gumma septi nasi,* od 11 roku schorzenie stawów. S G silnie dodatni. Demonstracja roentgenogramów schorzałych stawów.

*Dr. Salpeter* sekretarz.

## SPRAWY ZAWODOWE.

**Okrąg Krakowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Krakowie.**

Sprawozdanie
Zarząd Okręgu z czynności za rok 1926.

Pierwszem zadaniem, przed którem stanął Zarząd w roku sprawozdawczym było polubowne załatwienie sprawy podziału dotychczasowego Okręgu Małopolskiego Zw. L. P. P. na Okrąg Krakowski i Lwowski, Zarząd Główny Zw. L. P. P. uznał argumenty, przytoczone przez kolegów lwowskich, a przemawiające za wyodrębnieniem trzech Województw tj. lwowskiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego, jako osobnego Okręgu lwowskiego, za słuszne, pomimo sprzeciwu naszych poprzedników w Zarządzie Okręgu. Uchwałą Zjazdu Delegatów z dnia 6 grudnia 1925, został utworzony

Okręg Lwowski, ustalenie zaś granic obu okręgów miało nastąpić na naradzie przedstawicieli dawnego Okręgu Małopolskiego i nowego Okręgu Lwowskiego. Narada ta odbyła się w Krakowie dn. 28 marca 1926 z udziałem prof. Karwowskiego i kol. Bartkiewicza, jako przedstawicieli Zarządu Głównego, a zarazem kol. Prof. Frankego i prym. Leńki. Zarząd dawnego Okręgu Małopolskiego reprezentował b. nasz prezes Dr. Cercha, kol. Grzybowski i obecny prezes Zarządu Okręgu. Jako gościa i doradcę zaproszono również naczelnika Izby Lekarskiej w Krakowie, Dra Strzemieńskiego. Granice Okręgu Krakowskiego i Lwowskiego ustalono wówczas w ten sposób, że Okręg Lwowski ma objąć wyż wspomniane 3 województwa, jednak powiat dobromilski,jarosławski, liski, łańcucki, niski i przeworski uznano za sporne. Rozstrzygnięcie co do ich przynależności obie strony oddały zgodnie Zarządowi Głównemu w Warszawie. Motywy przeciw zbytniemu okrojeniu Okręgu Krakowskiego przedstawiliśmy Zarządowi Głównemu w obszernym memorjale, jak też ustnie. Wynikiem obrad posiedzenia Zarządu Głównego w dniu 24 kwietnia 1926 było przyłączenie powiatów dobromilskiego i liskiego do Okręgu Lwowskiego, powiatów jarosławskiego, łańcuckiego, niskiego i przeworskiego, do Okręgu Krakowskiego. Ostre sprzeciwy kolegów z powiatu tarnopolskiego, pragnących utrzymać dawną jedność Okręgu Małopolskiego, nie mogły naturalnie obalić postanowienia podziału, do czego doszło po żmudnych rokowaniach.

Żądanie jednak kolegów z powiatu dobromilskiego i liskiego, aby ich pozostawiono w Okręgu Krakowskim, przedstawiliśmy z odpowiedniem poparciem Zarządowi Głównemu do ponownego rozpatrzenia. Przy podziale Małopolski na dwa okręgi udało się utrzymać jednolitość Kasy Pogrzebowej, którą za zgodą przedstawicieli Okręgu Lwowskiego istnieje nadal w Okręgu Krakowskim i obejmuje członków obu okręgów, zarówno dawnych jak i świeżo przybywających.

Drugą z kolei zasadniczą sprawą, którą zajął się Zarząd, było rozporzadzenie Tymczasowego Wydziału Samorzadowego, wedle którego przychodnie w szpitalach państwowych zyskiwały prawo pobierania opłat od chorych przez nie leczonych. Komisja wyznaczona przez Zarząd badała tę sprawę, zarówno z punktu widzenia możliwości zmniejszenia praktyki prywatnej lekarzy, szczególnie w miastach, gdzie istnieją większe szpitale i kliniki uniwersyteckie, jak z punktu widzenia niezamożnej ludności, dla której przychodnie szpitalne winny być dostępne bez zapłaty. Po dłuższej dyskusji powziął Zarząd uchwałę, aby zwrócić się do Dyrekcji szpitala św. Łazarza, jak i w szczególności do dyrektorów klinik uniwersyteckich za pośrednictwem Dziekana Wydziału lekarskiego i przedstawić tym rozstrzygającym czynnikom przestrzeganie zasady leczenia w przychodniach tylko chorych rzeczywiście niezamożnych.

Ostatnio Zarząd Okręgu naradzał się również nad sprawą przymusowego ubezpieczenia lekarzy w Izbie Lekarskiej. Istniejąca w Okręgu Kasa Pogrzebowa obejmuje nie tylko członków mieszkających w zachodniej Małopolsce, ale również około 180 członków z poza obszaru obecnej Izby Lekarskiej Krakowskiej. Wkupienie się do nowej Kasy Wzajemnego Ubezpieczenia na wypadek śmierci w Izbie Lekarskiej wszystkich członków Kasy pogrzebowej Związku z tem zastrzeżeniem, że z poza obszaru Izby Krakowskiej nowi członkowie nie będą przyjmowani, byłoby wyjściem z trudnego położenia, jednak osłabiłoby znacznie propagandę dla Związku w nowym Okręgu Lwowskim. Zniesienie Kasy pogrzebowej Związku odbije się prawdopodobnie i na obszarze Okręgu Krakowskiego ujemnie na spoistości i liczebności Związku. Decyzję co do utrzymania, czy też zlikwidowania Kasy Pogrzebowej może powziąć jedynie Walne Zebranie. To też Zarząd w uchwale swej z dnia 4 listopada u. r. wydał dyrektywę członkom Zarządu, zasiadającym w Radzie Izby Lekarskiej, aby dążyli do pozostawienia Kasy Pogrzebowej w Związku, a nie tworzenia nowej Kasy Wzajemnego Ubezpieczenia w Izbie. Rada Izby większością głosów odrzuciła wniosek, zmierzający do odroczenia ostatecznego uchwalenia statutu Kasy Ubezpieczenia; w głosowaniu tem rzecznik interesów Związku znalazł się najzupełniej odosobniony.

Statut Kasy Wzajemnego Ubezpieczenia w Izbie Lekarskiej, znany Szan. Kolegom, został uchwalony i ma wejść w życie w najbliższej przyszłości. Przyszłość Kasy Pogrzebowej w Związku leży w rękach dzisiejszego Walnego Zebrania, od którego przyszły Zarząd musi otrzymać ścisłe wskazówki co do dalszego postępowania.

Akcja w sprawie Kasy Pogrzebowej była tak samo wyrazem dążności Zarządu do utrzymania siły Związku i wzmacniania go, jak starania Przewodniczącego Zarządu o nawiązanie jaknajściślejszej styczności z odłamem kolegów, którzy w przeważnej liczbie należą do Związku ale zarazem utworzyli Związek Społeczno-Lekarski. Związek ten, mający statut obszerniejszy od naszego, zajmuje się głównie instytucjami ubezpieczenia społecznego i społecznemi zadaniami lekarzy. W interesie zespolenia stanu lekarskiego należało dążyć do tego, aby nieporozumienia co do zadań tego Związku usunąć, a sprzeczności między zadaniami tego Związku a największem zrzeszeniem lekarzy t. j. Związkiem Lek. P. P. wyjaśnić. W tym celu Zarząd Główny Zw. L. P. P. wysłał trzech swoich członków: Kol. Zieleniewskiego, Marczewskiego i Prezesa Okręgu Krakowskiego na naradę do Krakowa na dzień 28 czerwca 1926. Z protokołu tej narady wynika, że nieporozumienia zostały obustronnie wyjaśnione i droga do porozumienia jest otwarta, na podstawie zasad wtedy ustalonych. Od dobrej woli obu stron będzie zależało, czy akcja porozumiewawcza w ten sposób rozpoczęta, osiągnie pożądane dla interesów ogółu lekarzy wyniki. Dalsza inicjatywa z natury rzeczy musi leżeć w zakresie zadań Zarządu Okręgu Krakowskiego, gdyż Kraków jest główną siedzibą zarazem i Związku Społeczno-Lekarskiego.

Zarząd Okręgu zastanawiał się pod koniec roku sprawozdawczego nad tem, czy utrzymać i na rok przyszły przymusową przedpłatę „Nowin Lekarskich". Walne Zebranie Delegatów w Warszawie w dniu 19 grudnia 1926 uchwaliło przymusową przedpłatę „Działu społeczno-zawodowego Nowin Lekarskich" dla wszystkich członków Związku P. P. Wobec tej uchwały, jakoteż wobec faktu, że przedpłata całych „Nowin Lekarskich" zbyt obciąża Kolegów i jest częstokroć dla Zarządu przeszkodą w zdobywaniu nowych członków, Zarząd Okręgu postanowił przedłożyć Walnemu Zebraniu wniosek ograniczenia się do wymaganej przez Zarząd Główny, a raczej uchwalonej przez Walne Zebranie Delegatów Zw. L. P. P. przedpłaty działu społeczno-zawodowego.

W ciągu roku nie zapomniał Zarząd i o wdowach po zmarłych członkach, udzielając w miarę możności bodaj skromnych zasiłków. Kwota zasiłków wynosiła dla kilku wdów tylko 630 zł. W przyszłych latach zasiłki te będą wydatniejsze, ponieważ wzrastają fundusze przeznaczone na ten cel.

Ilość spraw załatwionych przez Zarząd na dziesięciu posiedzeniach wynosiła 274.

Za Zarząd Okręgu

*Dr. Paulina Wasserberg*, sekretarka. *Dr. Tadeusz Dyboski*, prezes.

---

## NEKROLOGJA.

### S. p. Dr. WŁADYSŁAW SZTEYNER

ur. 12. V. 1856 † 3. II. 1927).

Dnia 5 lutego r. b. zmarł w Warszawie ś. p. Władysław Szteyner, ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus — pomimo podeszłego wieku był jeszcze w pełni sił duchowych a nawet fizycznych, gdy ciężka infekcja grypowa w ciągu 6 tygodni przecięła pasmo Jego życia. A życie to było nieskazitelne, pełne zamiłowania zawodu lekarskiego a w szczególności chirurgji, pełne poświęcenia dla chorych, których przywiązywał do siebie nie tylko przez umiejętne leczenie ale przez ojcowską troskliwość, delikatność w obejściu i wysoką bezinteresowność. Już w 22 roku życia ukończył studja lekarskie w Uniwersytecie warszawskim, mając za przewodników coraz szczuplejsze grono epigonów sławnej pamięci naszej Szkoły Głównej, jak Baranowski, Brodowski, Fudakowski, Hoyer, Hirszfeld, Girsztowt, Kosiński. Na klinice Girsztowta a następnie przez długie lata na klinice Kosińskiego, pracując współcześnie ze starszymi od siebie Matlakowskim, Jawryńskim, Zagórskim, zdobył podstawy nauki i sztuki chirurgicznej, zdobył przy usilnej pracy te zalety, które cechowały Jego późniejszą działalność, jako chirurga. Zaletami temi były: doskonała technika, trafna diagnoza i umiejętność wynajdywania odpowiednich wskazań lekarskich, mających na celu przedewszystkiem dobro i pożytek chorego. *Salus aegroti suprema lex* było Jego dewizą. Dla uzupełnienia swych wiadomości i rozszerzenia horyzontu naukowego odbył dłuższą wycieczkę naukową zagranicę, głównie do Francji, gdzie pracował, jako wolontarjusz w klinikach i szpitalach.

W r. 1894 drogą konkursu zdobył stanowisko ordynatora oddziału chirurgicznego, gdzie pracował do końca życia. Skromny aż do przesady, unikający wszelkiego rozgłosu, stroniący prawie od praktyki prywatnej cały oddany był pracy szpitalnej. Poza szpitalem pracował tylko w Pogotowiu Ratunkowem od czasu założenia tej wysoce humanitarnej instytucji i był jej vice-prezesem. Stojąc zawsze na współczesnym poziomie wiedzy lekarskiej, wykształcony i oczytany w piśmiennictwie ojczystem i obcem pisał niewiele, co zależało po części od Jego nieśmiałości i wygórowanego samokrytycyzmu. Sądząc jednak z kilku ogłoszonych przez Niego prac, jak O zeszyciu żołądka (Medycyna 1887), przyp. ciąży ze-

wnątrzmacicznej donoszonej: laparatomja; wyzdrowienie (Gaz. Lek. 1918 Nr. 11). Wrzekome zapalenie wyrostka robaczkowego — odczyt w Tow. Lek. War. udatne życiorysy Matlakowskiego (Medycyna 1895), Zagórskiego (Med. 1898), Kosińskiego (Med. 1899), świadczą że dobrze władał piórem. Za to obfite i cenne ślady Jego wiedzy znajdujemy na łamach Pamiętnika Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego był członkiem a przez 2 lata sekretarzem dorocznym. Na posiedzeniach Towarzystwa często przedstawiał chorych, przez siebie operowanych i dokładnie obserwowanych z różnych dziedzin chirurgji, jak chorego po zeszyciu rany serca (P. T. L. W. 1903), wycięcie nerki z powodu kamienia miedniczki (ib. 1923), trepanacja czaszki z powodu padaczki (ib. 1899), wyjęcie kuli z przepony (ib. 1900), wycięcie 40 cm kiszki cienkiej (ib. 1900) i wiele innych. W późniejszych latach był gorliwym uczestnikiem posiedzeń klinicznych w Szpit. D. J., przedstawiając często chorych i zabierając głos w dyskusjach, zadziwiając nieraz erudycją i rozległem doświadczeniem, co utrwalone zostało w Pamiętnika klinicznym tego szpitala.

W ostatnim dziesiątku życia jeszcze ściślejsze więzy połączyły Szteynera ze szpitalem. Tu bowiem zamieszkał, biorąc na siebie trudne i odpowiedzialne obowiązki niesienia pomocy chirurgicznej w przypadkach nagłych w godzinach poza szpitalnych zwłaszcza w porze nocnej. Trzeba było podziwiać, jak ochoczo, z jaką pogodą dążył nieraz po kilka razy w nocy do sali operacyjnej, aby dawać pomoc najczęściej skuteczną w przypadkach ciężkich i niebezpiecznych. Młodzi koledzy, którzy Mu w tych operacjach pomagali, a w pokoju przyjęć z Jego rad i wskazówek korzystali, najlepiej mogą o tem zaświadczyć.

Podczas najazdu bolszewickiego śp. Szteyner wstąpił jako ochotnik do służby sanitarno-lekarskiej w stopniu majora.

Cichem a pięknem było życie tego szlachetnego człowieka, jak piękną była śmierć, pełna rezygnacji, chrześcijańskiej wiary i pokory.

*A. Puławski.*

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Warszawa.*

Profesor L. Dubreuil-Chambardel, następca na katedrze Anatomji po sławnym Le Double w Tours odbył w dniach od 5—15 marca podróż naukową po Polsce. Zaproszony przez Wydział Lekarski w Warszawie zwiedzał specjalnie zakłady anatomiczne w Poznaniu, Warszawie, Lwowie i Krakowie, oraz wygłosił szereg wykładów, tak dla słuchaczów medycyny, jak i dla lekarzy.

I-szy Ogólny Zjazd Lekarzy słowiańskich odbędzie się w Warszawie 26—29 maja r. b. Komitet Organizacyjny: Prezes: prof. A. Gluziński, Wiceprezes: prof. B. Sawicki, Sekretarz Generalny: prof. F. Czubalski, Zastępca: W. Kowalski, Członkowie: J. Bączkiewicz, B. Jakimiak, Doc. W. Łapiński, Komitet Gospodarczy: Prezes: prof. B. Sawicki, Zastępca: Doc. W. Łapiński, Sekretarz: prof. F. Czubalski, Zastępca: W. Kowalski, Podskarbi: W. Szumlański, Członkowie: B. Jakimiak, Prof. L. Kryński, Dyr. C. Wroczyński. W sprawach dotyczących Zjazdu zwracać się należy do Kancelarji Komitetu (Niecała 7 — Towarzystwo Lekarskie).

Dnia 24 lutego r. b. odbyło się w Gabinecie Komendanta Oficerskiej Szkoły Sanitarnej Pułk. Hubickiego liczne zebranie zaproszonych tam przedstawicieli świata cywilnego i wojskowego lekarskiego oraz dentystów i farmaceutów. Z przemówienia p. Pułk. Hubickiego okazało się, że celem tego zebrania jest współdziałanie z inicjatywą i posuniętemi już dość naprzód poczynaniami wojskowych władz Sanitarnych w sprawie stworzenia widomego znaku hołdu i pamięci dla tych bardzo licznych członków polskiego Sanitarjatu, którzy w ciągu całego szeregu naszych walk o niepodległość, dali w ofierze tej wielkiej Idei swe życie, stając się jednocześnie dla Sanitarjatu polskiego pięknym i wzniosłym przykładem prawdziwej miłości Ojczyzny. Po dyskusji uchwalono jednogłośnie popierać jaknajgoręcej inicjatywę Sanitarjatu wojskowego i wydelegowano do istniejącego już Komitetu Wykonawczego przedstawicieli Naczel. Izby Lekarskiej, Uniwersytetu, Prasy lekarskiej, Czerw. Krzyża, Zw. lekarzy rezerwy, Stowarzyszeń dentystycznych i farmaceutycznych. Również postanowiono utworzyć Główny Komitet Propagandy, wciągając doń przedstawicieli jaknajszerszych warstw społeczeństwa. Szczegółowy skład Komitetu Wykonawczego oraz Propagandy będzie niezadługo ogłoszony.

Prof. Dr. Witold Orłowski Dyrektor I. Kliniki wewn. U. Warsz. oświadcza, że wydane nakładem i drukiem Towarzystwa Bibljoteki i Bratniej Pomocy medyków Uniw. Jagiellońskiego w 6 zeszytach Skrypta z wykładów klinicznych „chorób wewnętrznych" prof. Dr. W. Orłowskiego zostały wydrukowane bez jego aprobaty, wobec czego za zawarte w nich błędy, podane historje choroby i zbyt uproszczone, nieraz ze szkodą dla sprawy, omówienia poszczególnych przypadków nie przyjmuje żadnej odpowiedzialności. Jednocześnie z tem zaznacza, że to samo dotyczy i wydanej przez Towarzystwo powyższe „Djagnostyki chorób wewnętrznych, według wykładów prof. W. Orłowskiego w Kazaniu (1907—1912)". Jakkolwiek „Djagnostykę" wydawcy zaopatrzyli w napis „przejrzane", co prawda, bez zaznaczenia przez kogo, to jednak Prof. Orłowski oświadcza, że ani „Djagnostyki" ani „skryptów" w rękopisach nie przeglądał wcale. Warszawa, Al. Jerozolimska 17, m. 3.

W ostatnich czasach przyszedł do skutku układ redakcji Revue Neurologique z Zarządem Warsz. Towarzystwa Neurologicznego, na mocy którego Revue Neurologique będzie umieszczała w każdym swoim numerze na 4 stronach druku sprawozdania z posiedzeń Klinicznych i anatomo-patologicznych Warsz. Towarzystwa Neurologicznego. Dzięki temu wyniki prac Towarzystwa staną się dostępne całemu światu neurologicznemu międzynarodowemu za pośrednictwem tego najpoczytniejszego obecnie czasopisma i to nieraz wyprzedzając ogłoszenie drukiem tych sprawozdań w czasopismach własnych, polskich. Umowa ta, która zapoczątkuje doniosły zwrot w życiu naukowem polskiej neurologji wyprowadzając ją niejako na wielkie międzynarodowe forum została zrealizowana mimo wielkich trudności ekonomicznych jakie przeżywa obecnie Francja, które brzemieniem swem ciążą ujemnie na całym ruchu wydawniczym francuskim. Trudności te w szczególnej mierze przechodzi Revue Neurologique. W liście pisanym do prezesa Tow. Neurologicznego, Redakcja przedstawia te trudności, ale jednocześnie wyraża i gorące uczucie naszych Kolegów paryskich, które okazały się silniejszemi niż interes materjalny.

Jeśli udało się przezwyciężyć przeszkody, które wskazują przytoczone ustępy, należy to przypisać gorącej przyjaźni dla naszego kraju neurologów francuskich z P. Crouzon'em na czele, zapobiegliwej propagandzie kol. Jarkowskiego, który niezmordowanie popierał na miejscu starania przewodniczącego Towarzystwa Neurolog. i temu wreszcie, że w decydującej chwili położył swój ważki głos na szali zawsze dbały o dobro polskiej neurologji członek honorowy Warsz. Tow. Neurol., Dr. Babiński. Należy życzyć innym gałęziom naszej medycyny, żeby w podobny sposób starały się udostępnić zagranicy wyniki swych prac naukowych.

Wydział Wykonawczy Związku Lekarzy P. P. zawiadamia, że w Krasnostawskiej Kasie chorych rozpoczął się stan bezkontraktowy. Prezes: *Orłowski.*

*Kraków.*

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie nadało godność członków honorowych: Prof. Dr. Kazimierzowi Majewskiemu i Doc. Dr. Michałowi Seńkowskiemu.

Krakowskie Koło Towarzystwa Internistów Polskich. We czwartek dnia 24 marca b. r. w sali wykładowej II Kliniki Wewn. U. J. (Kopernika 15) odbyło się posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym: Prof. Dr. Latkowski, Dr. Adamowicz, Dr. Szczeklik z II Kliniki — demonstracje chorych. Dr. Łukaszczyk: Demonstracje chorych z I Klin. wewn.

*Lwów.*

Komisja przemysłowa Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego zauważyła, że stosunki handlowe Polski z krajami słowiańskiemi w zakresie potrzeb lekarskich prawie wcale nie są nawiązane i że potrzeby te przeważnie pokrywane bywają u firm niemieckich, w mniejszej części u firm francuskich. Uważając, że w interesie bratnich narodów słowiańskich leży zmiana tego stanu rzeczy, Towarzystwo Lekarskie Lwowskie postanowiło poruszyć na I. Ogólnym Zjeździe Lekarzy Słowiańskich, który się odbędzie w Warszawie w dniach od 26 do 29 maja 1927, sprawę nawiązania stosunków z państwami słowiańskiemi w dziedzinie wymiany towarów wpadających w zakres medycyny praktycznej i teoretycznej. Jako pierwszy krok na drodze porozumienia w tej sprawie podnosimy konieczność uzyskania informacji, jakie przedmioty mogłaby Polska uzyskać z poszczególnych krajów słowiańskich i jakich przedmiotów kraje te mogłyby w zamian potrzebować z Polski. Nawiązaliśmy już korespondencję z Konsulatami Czechosłowacji, Jugosławji i Bułgarji celem uzyskania spisu przedmiotów, które możnaby z tych krajów sprowadzać do Polski. Aby zaś otrzymać informacje co do możliwości eksportu przedmiotów, o których mowa, zwracamy się z uprzejmą prośbą o nadesłanie spisu tych przedmiotów wytwórczości polskiej, których Polska mogłaby dostarczać do krajów słowiańskich i dołączenie

istniejących druków, opisów i cenników oraz podanie nazwy i adresu wytwórni przedmiotów objętych spisem. Panowie Wytwórcy raczą donieść, czy ich produkcja jest zastosowana tylko do potrzeb krajowych, czy też może starczyć także na eksport. Upraszamy o rychłą odpowiedź a zarazem dodajemy, że, gdyby taki spis nie mógł być dostarczony, przyjmiemy z wdzięcznością także inne wyjaśnienia i uwagi pozostające w związku z poruszoną sprawą.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie. IX. posiedzenie odbyło się w piątek, dn. 25 marca. Doc. Rothfeld i dr. Limanowski przedstawili 2 przypadki zaczopowania tętnicy móżdżkowej tylnej. Dr. Kolońska przedstawiła 2 przypadki reumatyzmu gruźliczego Ponceta. Dr. Blatt przedstawił przypadek przewlekłych zmian wielostawowych na tle kiłowem. Dr. Lenartowska omówiła 2 dalsze przypadki zwiotczenia przepony. Dr. Pisek mówił o hipertonji.

*Poznań.*

Dnia 18 marca br. (w piątek) odbyło się w Klinice Dermatologicznej U. P. przy ul. Szkolnej o godzinie 8'15 Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. z następującym porządkiem obrad: 1. Zagajenie. 2. Demonstracje. 3. Wykład Dr. Kramsztyka z Warszawy: Współczesny stan nauki o środkach odżywczych. 4. Dr. Miłoszewski: Niedrożność w następstwie zaburzenia rozwojowego jelita grubego. 5. Kandydatury na członków Wydziału. 6. Wolne głosy.

*Górny Śląsk.*

Epidemja polipów na G. Śląsku. Laryngolog, osiadły na G. Śląsku znajduje się w nielada opałach. Każdy pacjent, który zjawia się do niego z jakiemkolwiek cierpieniem nosa lub gardła, i na zapytanie, co mu dolega, posiada już gotową (własną) diagnozę: „mam polipy". Ta wersja o polipach jest tak tutaj rozpowszechnbiona, że prawie każda matka przyprowadza swoje dziecko (nawet parotygodniowe) do specjalisty i prosi, aby je obejrzał, czy nie ma ono czasem polipów, bo „wszystkim moim dzieciom już różne doktory po kilka razy ciągali polipy, to pewno i to małe ma takie". Po za tą gotową diagnozą, prawie że żadnej anamnezy zebrać niepodobna, co właściwie choremu dokucza, gdyż zawsze posłyszy się jedno i to samo: „ma polipy i fertig". Jeśli zaś nie zgodzić się na to orzeczenie, można z łatwością usłyszeć tego rodzaju przyjemną odpowiedź: „a właśnie dr. X. powiedział, że ma, a pan się na tem nie zna, bo wszystkie polskie dochtory to są fuszerzy; pójdę do mimca (niemca), to dziecku napewno polipy wyjmie". Pod owymi polipami, rozumie się, trzeba się domyślać wyrośli adenoidnych, ale każdy zdumiony zapewne zapyta, skąd się wzięła właściwie w pojęciach ludu tutejszego owa stała od dziesiątków lat endemja „polipów". Żeby to pojąć, poznać należy stosunki miejscowe. a wówczas z łatwością odgadnie się! „Wo liegt der Hund begraben". Jak już nieraz o tem pisałem, prawie cały kontyngent kienteli tutejszej składa się z członków różnych Kas chorych, których na G. Śląsku naliczyć można przeszło pół setki. Opieka lekarska nad tymi chorymi znajduje się w rękach specjalnie zakontraktowanych lekarzy wolnopraktykujących, którzy pełnią funkcje „od wszystkiego". Typowe, Mädchen für Alles". O ile lekarz taki nie może się uporać z pewną chorobą nap. oczu, uszu i t. p., odsyła pacjenta na rachunek Kasy chorych do lekarza-specjalisty, który jest wynagradzany według taksy minimalnej pruskiej od porady i danego zabiegu. Wyjątkowo która Kasa chorych pozwala sobie na zbytek posiadania stale zaangażowanych specjalistów. To też stałych okulistów i otjatrów posiada tylko Spółka Bracka i coś jeszcze ze 2 Kasy chorych: w Katowicach i Król. Hucie. Stąd też specjalista, nie będący na stałej posadzie, skazany jest li tylko na praktykę prywatną, zresztą bardzo skromną i na niezadowolonych z leczenia w Kasach chorych, których nigdy nie brak, zresztą opierać się musi na poparciu kolegów, którzyby mu chorych kasowych nadsyłali. Że illo tempore mocno szwankowało pojęcie o sumienności lekarskiej, wystarczy przypomnieć sobie głośny skandal, jaki przed laty miał miejsce w Berlinie ze znakomitym Senatorem na czele lub ów fakt z pewnym profesorem laryngologii berlińskim, który to dziurawił zdrowym ludziom przegrody nosowe, aby nauczyć lekarzy amerykańskich operacyj na przegrodzie nosowej (za grube, rozumie się, przez nich płacone honorarja). Oprócz tego lekarze niemieccy zwykli byli zawsze uważać chorych za króliki doświadczalne, szczególnie lud polski tuteiszy, nie dziw więc, że i młodsze latorośle, wyhodowane w takiej atmosferze, radziły sobie na G. Śląsku jak mogły. Na tej też niwie wyrosły owe „polipy górnośląskie". Jeśli zważyć, że wyskrobanie wyrośli adenoidnych jest błahostką, zabierającą lekarzowi parę chwil czasu (według taksy zaś tutejszej płatnej wcale nieźle), jeśli wziąć pod uwagę ogromną płodność ludu tutejszego, gdzie 8, 12, a nawet 16 i więcej dzieci w rodzinie należy do zjawisk prawie powszednich, z łatwością daje się obliczyć, że z jednego takiego zabiegu można wyrobić sobie wcale pokaźną sumę dochodów na rok. Tembardziej, że wyrośla tutaj mają ogromną „tendencję" do stałego odrastania, tak że po pewnym czasie znowu się je wydrapuje. (Często po 3 i 4 razy). Jeśli statystyki twierdzą, że wyrośla zdarzają się nie więcej niż na 5—10% badanych dzieci, to tu u nas bez przesady cyfrę tę należałoby podnieść dziesięciokrotnie. I chociaż już lat temu 25 nawet w samych Niemczech byli tacy, co nawoływali: „panowie za wiele operujecie!", na G. Śląsku furrer operatorius trwał i przetrwał w całym rozkwicie aż do chwili obecnej. Dziwić się tylko trzeba z jaką pochopnością kładą się tutaj ludzie pod nóż chirurgiczny, nawet sami żądają wykonania operacji tam, gdzie lekarzowi nawet przez myśl ona nie przechodzi, jak gdyby alfą i omegą całego lecznictwa było tylko operowanie (po za leczeniem się u zawodowych partaczy). Chyba Langenbeck przewróciłby się w grobie, gdyby wiedział, co się stało z jego poglądami. A przecież nie kto inny, jak on, głosił w swoich wykładach: „chirurgja nowoczesna ma za zadanie nie niszczyć tkanki, a je zachowywać. To jest nie ważne — tworzyć nowe operacje i nowe metody operowania, szukać natomiast należy dróg i sposobów do zapobiegania operacjom. Tam zaś, gdzie operacja staje się niezbędną, starać się zabezpieczyć jej wynik pomyślny". Tak mówił wielki chirurg-idealista. To też sytuacja lekarza, hołdującego tym właśnie tradycjom, staje się w warunkach tutejszych niełatwą, tembardziej musi to odczuwać polak, który chce uważać medycynę za sztukę lekarską, a nie za jakiś kramik handlarski, jakim ją uczyniły pewne zmaterjalizowane jednostki. Walka narazie jest nierówna, bo tam, gdzie przeciwnik jest mocno oszańcowany i nie przebiera w środkach, nie łatwo go z pozycji wybić. Lecz — nil desperandum! O ile lekarze polscy kroczyć będą śladami Koryfeuszów naszych, jak Chałubińskiego, Marcinkowskiego i innych, których imion legjon, przekona się lud tutejszy, jak srodze był wyzyskiwany przez najeźdźców, nawet w dziedzinie lecznictwa, a wtenczas z pewnością triumf nauki i imienia polskiego będzie zupełny. Dr. Andrzej Sianowski. Królewska Huta.

*Ze świata.*

We Wiedniu zaczął wychodzić miesięcznik pod tytułem: „Der Kranke". Z artykułu wstępnego dowiadujemy się, że zadaniem pisma jest obrona interesów chorego.

*Sprostowanie omyłek druku.*

W pracy Prof. Dra W. Orłowskiego ogłoszonej w numerze 5 P. G. L. z r. b. p. t.: „Kilka uwag o znaczeniu jarzyn w dietetyce chorych" zaszły z powodu nieczytelnego rękopisu następujące pomyłki druku:

| Strona | Szpalta | Wiersz | zamiast | ma być |
|---|---|---|---|---|
| 81 | 1sza | 6 od dołu | Leperskiego | Leporskiego |
| „ | „ | 8 „ „ | Leperski | Leporski |
| „ | „ | 10 „ „ | Leperski | Leporski |
| „ | „ | 24 „ „ | upośledzeniem, łaknienia | upośledzeniem łaknienia |
| „ | „ | 42 „ „ | kwaśne | kwaśno |
| „ | 2ga | 39 „ „ | śniadania. | śniadania |
| „ | „ | 57 „ „ | Kellegga | Kellogga |
| „ | „ | 57 „ „ | Bełdyrowym | Bełdyrewym |
| „ | „ | 61 „ „ | Leperskiego | Leperskiego |
| | „ | 66 „ „ | jarzyny, nieraz | jarzyny nieraz |
| 82 | 1sza | 4 od góry | zup jarzynowych, | zup jarzynowych, |
| „ | „ | 15 „ „ | Leperski | Leporski |
| „ | „ | 15 „ „ | Terapewticzeskij | Terapeuticzeskij |
| „ | „ | 18 „ „ | Fovler | Fowler |

*Redakcja otrzymała:*

*H. Higier:* „Oszczędne a racjonalne przepisywanie lekarstw". Odbitka z Nr. 8. „Warszawskie Czasopismo lek.".

*H. Higier:* „Das auricolo-temporale Syndrom und seine Pathogenese". Odbitka z „Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie". Band 106, Heft 1—2.

*H. Grenet, R. Leveut i L. Pelissier:* „Les Syphilis viscérales tardives". Nakł. Masson et Cie — Paris, 1927.

*G. H. Roger, F. Widal i P. I. Teissier:* „Nouveau Traité de Médecine". Fascicule IX. Affections du sang et des organes hématopoiétiques. Nakł. Masson et Cie. Paris, 1927.

*B. Borchewsky:* „Pathologie et méthodes d'examen du liquide céphalo-rachidien. Masson et Cie. Paris, 1927.